



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E ADESÃO AO
TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2**

DOUTORADO

Giovana Delvan Stuhler

**Florianópolis
2012**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
LABORATÓRIO DE PSICOLOGIA SOCIAL
DA COMUNICAÇÃO E COGNIÇÃO – LACCOS**

Giovana Delvan Stuhler

Tese apresentada à Banca do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientador: Profº Dr. Brigido Vizeu Camargo

Área de Concentração: Processos Psicossociais, Saúde e
Desenvolvimento Psicológico
Linha de Pesquisa: Cognição e Representações Sociais

Florianópolis
2012

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

S933r Stuhler, Giovana Delvan

Representações sociais e adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 2 [tese] / Giovana Delvan Stuhler ; orientador, Brígido Vizeu Camargo. - Florianópolis, SC, 2012.
189 p.: grafs., tabs.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui referências

1. Psicologia. 2. Representações sociais. 3. Diabetes - Tratamento. 4. Diabetes - Pacientes - Comportamento. I. Camargo, Brígido Vizeu. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

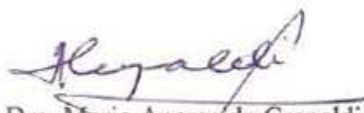
CDU 159.9

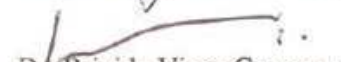
Giovana Delvan Stuhler

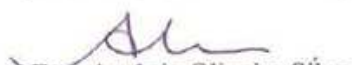
*Representações sociais e adesão ao tratamento do diabetes mellitus
tipo 2*

Tese aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

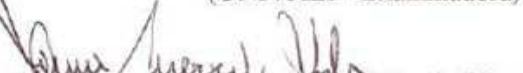
Florianópolis, 27 de fevereiro de 2012.


Dra. Maria Aparecida Crepaldi
(Coordenadora - PPGP/UFSC)


Dr. Brigido Vizeu Camargo
(PPGP - UFSC - Orientador)


Dra. Antônia Oliveira Silva
(UFPB - Examinadora)


Dra. Agueda Lenita Pereira Wendhausen
(UNIVALI - Examinadora)


Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva
(UFSC - Examinadora)


Dra. Andrea Barbará S. Bousfield
(UFSC - Examinadora)

Aos meus amados filhos **Fabrcio** e **Vinrcius**,
inesgotrcveis fontes de amor,
inspiracrcrcrc e alegria.

AGRADECIMENTOS

Ao prof^o Brígido Vizeu Camargo, pelas orientações e pela oportunidade de acompanhar sua forma de trabalhar e pesquisar.

Aos colegas do LACCOS, pelos momentos de descontração e também de aprendizagem.

À Secretaria Municipal de Itajaí, na pessoa da enfermeira Márcia Gracco, que autorizou e apoiou a realização dessa pesquisa.

Aos professores do Programa de Pós Graduação, por compartilharem suas experiências.

Às professoras Andréa Barbará, Denise Guerreiro, Águeda Whendausen e Antônia Oliveira Silva, por aceitarem compor minha banca de defesa.

À prof^a. Arlete, diretora do CCS – Univali, amiga querida e pessoa amável, que sempre apoiou a realização desse trabalho.

Ao prof^o. Pedro A. Geraldi, coordenador do curso de Psicologia - Univali, e à prof^a. Luciana O. Gonçalves, coordenadora do curso de Fisioterapia - Univali, pelo apoio e disponibilidade em ajustar horários nos cursos em que leciono, para poder me dedicar a esse trabalho.

À minha amiga, irmã de coração prof^a. Andréa Zanella, pelas boas conversas e carinho, pelo incentivo em buscar o aperfeiçoamento sempre.

À minha família que se mostrou paciente e compreendeu a pouca atenção que pude dispensar, e as ausências durante esses quatro últimos anos.

À Claudia, pessoa sensível e amável, pelas conversas intermináveis e incentivadoras.

Aos amigos e demais pessoas que me deram força nos momentos de dificuldade e dúvida, e que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta tese.

E, por fim, às pessoas que vivem com DM 2, que gentilmente aceitaram participar desta pesquisa e tornaram realidade esta tese.

Muito obrigada!!!

Stuhler, Giovana Delvan (2012). *Representações sociais e adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 2*. 189 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC).

RESUMO

O presente estudo de caráter descritivo, exploratório e comparativo, teve como objetivo avaliar a influência das representações sociais e da intenção comportamental para adesão ao tratamento das pessoas com *diabetes mellitus* tipo 2 (DM 2). A Teoria das Representações Sociais de Moscovici, e a Teoria do Comportamento Planejado de Azjen, foram utilizadas como base para descrever e explicar as medidas preditoras da intenção comportamental para adesão ao tratamento do diabetes (atitude, normas subjetivas e percepção de controle comportamental) e as representações sociais do diabetes e tratamento. Foram utilizados como instrumentos: entrevista semi estruturada, aplicada em 40 pessoas com DM 2; e questionário abrangendo dados demográficos, sócio econômicos e clínicos dos grupos aderente e não aderente à medicação, e uma escala para medir intenção comportamental para o tratamento, aplicados em 167 pessoas com DM 2. Todos os participantes são usuários dos serviços de saúde de um município do litoral catarinense. Os dados textuais foram submetidos a uma análise lexical com auxílio do software ALCESTE - *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*, e também a uma análise temática categorial. A análise dos dados quantitativos envolveu estatística descritiva pela distribuição de frequência, e estatística relacional para a comparação entre duas variáveis, e modelos de regressão linear simples e múltipla. Para tais procedimentos foi utilizado o software estatístico aplicado às Ciências Sociais (SPSS – *Statistic Package of Social Science*, versão 17.0). Os participantes apresentaram homogeneidade nos resultados referentes às características sócio demográficas, econômicas e clínicas. A média de idade foi de 62 anos, a escolaridade baixa (até oito anos de estudo), a média do tempo de tratamento do diabetes foi de dez anos. Confirmou-se a predominância do tratamento medicamentoso para essa amostra e tanto a alimentação saudável, quanto a prática de exercícios físicos, é adotada parcialmente pelos participantes. O diabetes é visto como uma doença que exige cuidados, mas também como doença que proíbe a ingestão de alimentos que fizeram parte da dieta alimentar de

toda uma vida. Para os participantes, tratar o diabetes traz vantagens, porém, consideram a medicação como a principal medida para o controle. O diabetes é uma doença que passa a ser conhecida somente quando ocorre o agravamento dos sintomas ou surgem complicações. As pessoas que aderem à medicação apresentaram maior intenção comportamental para aderir ao tratamento, porém, a percepção de controle comportamental e as crenças comportamentais foram as medidas que obtiveram resultados mais significativos. Os resultados da pesquisa permitem afirmar que os profissionais de saúde precisam reconhecer a influência do contexto de sociabilidade das pessoas que vivem com DM2, no sentido de evitarem uma postura que vise somente à submissão aos preceitos biomédicos.

Palavras chave: diabetes mellitus; adesão ao tratamento; representações sociais; intenção comportamental.

Stuhler, Giovana Delvan (2012). Social Representations and treatment adherence of type 2 diabetes mellitus. 189 p. Doctorate thesis on Psychology, Psychology Post-Graduation Program. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC).

ABSTRACT

The present study has a descriptive, exploratory and comparative design, in which the goal is to evaluate the influence of social representations and behavioral intention for adherence to treatment of people with type 2 diabetes mellitus (DM-II). Moscovici's Social Representations Theory and Azjen's Planned Behavior Theory were used as a foundation to describe and explain the predicting measures of behavior intention for adherence to diabetes treatment (attitude, subjective norms and perceived behavioral control) and the social representations of diabetes and treatment. The instruments used were: semi-structured interviews, with 40 participants with DM-II; and questionnaire covering demographic, social/economic, and clinical data from the groups of medication adherence and medication non-adherence, and a scale to measure behavioral intention to treatment, with 167 participants with DM-II. All participants were health service users from a coast municipality of Santa Catarina. The textual data was submitted to a lexical analysis using ALCESTE software - *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*, and also a thematic categorical analysis. The quantitative data analysis involved descriptive statistics by frequency distribution, relational statistics for the comparison between two variables, and simple and multiple linear regression models. For such procedures the statistics software applied to Social Sciences (SPSS – *Statistic Package of Social Science*, version 17.0) was used. The participants presented homogeneity on the results regarding social demographic, economical and clinical characteristics. The age mean was 62 years, the education level was low (up to eight years of study), and the treatment time mean was ten years. The prevalence of a drug treatment was confirmed for this sample, however healthy food intake and practice of physical exercise is only partially adopted by the participants. Diabetes is seen as a disease that needs care, but also as a disease that forbids the intake of types of food that were part of the food diet of a lifetime. For the participants, treating diabetes brings benefits; however, they consider the medication as the main measure of control. Diabetes is a disease that is only conceived after the aggravation of the symptoms or when complications arise. People that

adhere to medication showed a higher behavioral intention of adherence to treatment, yet the measures that obtained most significant results were perceived behavioral control and behavioral beliefs. The results of the research allow the affirmation that the health professionals need to recognize the influence of the social context of the people that live with DM2, in a sense to avoid a submission to biomedical precepts.

Key words: diabetes mellitus; treatment adherence; social representations; behavioral intention.

Stuhler, Giovana Delvan (2012). Représentations sociales et adhésion au traitement du diabète mellitus de type 2. 189 p. Thèse de Doctorat en Psychologie, Programme d'Études Supérieures en Psychologie. Université Fédérale de Santa Catarina. Florianópolis (SC).

RÉSUMÉ

Le présente étude de caractère descriptif, exploratório et comparative, a eu comme objectif évaluer l'influence des représentations sociales et de l'intention comportemental pour l'adhésion au traitement des personnes avec *diabète mellitus* type 2 (DM 2). La Théorie des Représentations Sociales de Moscovici, et la Théorie du Comportement planifié d'Azjen, ont été utilisées comme base pour décrire et expliquer les mesures prédicteurs de l'intention comportementale pour adhésion au traitement du diabète (attitude, normes subjectives et la perception du contrôle comportemental) et les représentations sociales du diabète et le traitement. Les instruments utilisés ont été: entretiens semi-structurés, appliquée dans 40 avec DM2; et un questionnaire portant de données démographiques, socio-économiques et cliniques des groupes adhérents et non adhérents à la médication, et une échelle pour mesurer l'intention comportementale pour le traitement, appliquée dans 167 personnes avec DM2. Tous les participants sont des utilisateurs de services de santé d'une ville du littoral Catarinense de l'Etat de Santa Catarina. Les données textuelles ont été soumis à une analyse lexicale à l'aide du logiciel ALCESTE - *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*, et aussi à une analyse thématique catégorielle. L'analyse des données quantitatives a impliqué statistique descriptive par la distribution de fréquence, et les statistiques relationnelle pour la comparaison entre deux variables, modèles de régression linéaire simple et multiple. Pour ces procédures ont été utilisé le logiciel statistique appliqué aux Sciences Sociales (SPSS - *Statistic Package of Social Science* version 17.0). Les participants ont présenté de l'homogénéité dans les résultats concernant aux caractéristiques socio-démographiques, économiques et cliniques. L'âge moyen était de 62 ans, faible niveau de scolarité (jusqu'à huit ans d'études), la durée moyenne du traitement du diabète a été de dix ans. S'est confirmée la prédominance du traitement médicamenteux pour cet échantillon et autant une saine alimentation, et autant la pratique d'exercices physiques, est adoptée partiellement par les participants. Le diabète est vus comme une maladie qui exige des

soins, mais aussi comme maladie qui interdit l'ingestion d'aliments qui ont fait partie du régime alimentaire de toute une vie. Pour les participants, traiter le diabète apporte d'avantages, néanmoins, considèrent la médication comme la principale mesure pour le contrôle. Le diabète c'est une maladie qui passe à être connu seulement quand se produit l'aggravation des symptômes ou apparaissent les complications. Les personnes qui adhèrent à la médication ont présenté plus grande intention comportemental pour adhérer au traitement, néanmoins, la perception de contrôle comportemental et les croyances comportementales ont été les mesures qui ont obtenu des résultats plus significatifs. Les résultats de la recherche permettent affirmer que les professionnels de santé ont besoin de reconnaître l'influence du contexte de sociabilité des personnes vivant avec DM2, afin d'éviter une position laquelle vise seulement la soumission aux règles biomédicales.

Mots clé: diabète mellitus; adhésion au traitement, représentations sociales; intention comportementale.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo da Teoria do Comportamento Planejado.	54
Figura 2: Etapas percorridas para a definição da amostra.	64
Figura 3: Dendograma da CHD do <i>corpus</i> diabetes.....	72
Figura 4: Dendograma da CHD do <i>corpus</i> tratamento.....	76
Figura 5: Informações sobre o diabetes, segundo categoria Modelo Biomédico.	80
Figura 6: Informação sobre o diabetes, segundo a categoria Modelo Popular.	84
Figura 7: Estratégias utilizadas para cuidar do diabetes.....	85
Figura 8: Representação gráfica dos planos fatoriais 1 (sublinhado) e 2 (<i>itálico</i>), referente a primeira AFC.	112
Figura 9: Representação gráfica dos planos fatoriais 1 (sublinhado) e 2 (<i>itálico</i>) referente a segunda AFC.....	117
Figura 10: Esquema gráfico da relação das representações sociais do diabetes e do tratamento e intenção comportamental.....	143

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Itens da escala referentes as variáveis preditoras para intenção comportamental.	62
Tabela 2: Distribuição dos participantes segundo sexo e grupo.....	88
Tabela 3: Anos de escolaridade entre os participantes dos grupos aderente e não aderente a medicação.	89
Tabela 4: Estado civil e situação familiar dos participantes conforme o grupo.	90
Tabela 5: Raça dos participantes conforme o grupo.	91
Tabela 6: Situação sócio econômica dos participantes.....	91
Tabela 7: Causa do diabetes.	92
Tabela 8: Principais dificuldades apontadas pelos participantes em seguir o tratamento para o diabetes (n=68).	94
Tabela 9: Tempo da última consulta para controle do diabetes.	95
Tabela 10: Tratamento para o diabetes, segundo os participantes.	96
Tabela 11: Tratamento para o diabetes quando a pessoa é aderente.	97
Tabela 12: Tratamento do diabetes, segundo as expectativas dos familiares.....	98
Tabela 13: Comorbidades conforme os grupos aderente e não aderente a medicação.....	98
Tabela 14: Complicações causadas pelo diabetes.	100
Tabela 15: Correlações entre os itens da escala (n=167).....	101
Tabela 16: Análise consistência interna dos itens de cada domínio....	102

Tabela 17: Regressão linear da associação entre medidas diretas e indiretas de intenção comportamental.....	102
Tabela 18: Análise de regressão linear múltipla apenas com componentes medidas diretas da escala.	103
Tabela 19: Análise de regressão linear múltipla com todos os itens... 104	
Tabela 20: Descrição das medidas diretas e indiretas de acordo com Intenção Comportamental.	104
Tabela 21: Análise de regressão logística da associação entre a adesão ao tratamento medicamentoso, e as variáveis investigadas.....	105
Tabela 22: Descrição das medidas de intenção comportamental referentes ao uso de medicamentos de acordo com adesão ao tratamento medicamentoso para diabetes.....	107
Tabela 23: Escores médios das medidas diretas e indiretas de intenção comportamental entre aderentes e não aderentes.....	108
Tabela 24: Resultados da primeira análise fatorial de correspondências referentes às modalidades ativas (definição do DM).....	109
Tabela 25: Síntese das contribuições dos Fatores 1, 2 e 3 referente a definição do diabetes.....	110
Tabela 26: Variáveis ativas na segunda Análise Fatorial de Correspondências (vantagens do tratamento).	113
Tabela 27: Síntese das contribuições dos Fatores 1, 2 e 3 referente a vantagens do tratamento.....	115

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
2 OBJETIVOS	27
2.1 GERAL	27
2.2 ESPECÍFICOS	27
3 MARCO TEÓRICO	29
3.1 DIABETES MELLITUS (DM)	29
3.1.1 Complicações Decorrentes do DM 2 e Tratamento	32
3.2 ADESÃO AO TRATAMENTO	35
3.3 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (TRS)	41
3.3.1 Representações Sociais no Campo da Saúde	48
3.4 ATITUDES E TEORIA DO COMPORTAMENTO PLANEJADO	51
4 MÉTODO	57
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	57
4.2 PARTICIPANTES	58
4.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	59
4.3.1 Estudo 1	59
4.3.2 Estudo 2 (Intenção comportamental para adesão ao tratamento do DM2)	60
4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS	63
4.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS	65
4.5.1 Estudo 1	65
4.5.2 Estudo 2	67
4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	69
5 RESULTADOS	71
5.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO DIABETES E DO TRATAMENTO (ESTUDO 1)	71
5.1.1 Análise lexicográfica	71
5.1.2 Análise temática categorial	79
5.2 INTENÇÃO COMPORTAMENTAL PARA ADESÃO AO TRATAMENTO DO DM 2 (ESTUDO 2)	88
5.2.1 Caracterização demográfica, socioeconômica e clínica	88
5.2.2 Escala para Medir Intenção Comportamental	100
5.2.3 Análise Fatorial de Correspondências (AFC)	108
6 DISCUSSÃO	119
6.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO DIABETES E DO TRATAMENTO	119

6.2 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA, ECONÔMICA E CLÍNICA	127
6.3 A INTENÇÃO COMPORTAMENTAL PARA ADERIR AO TRATAMENTO E AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO DIABETES E DO TRATAMENTO.....	136
7 CONCLUSÕES	143
7.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	146
REFERÊNCIAS	147
GLOSSÁRIO	167
Apêndice A: Roteiro de Entrevista.....	171
Apêndice B: TCLE.....	172
Apêndice C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	186
Anexo A: Definição do número de participantes por ESF, baseado no Sistema de informação de Atenção Básica – SIAB (Busca Ativa para Diabetes – Município: Itajaí	188

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) — acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas — constituem o problema de saúde de maior magnitude para o Brasil e correspondem a 72% das causas mortes no país (Brasil, 2011). Além de ocasionar mortes prematuras, estas doenças dão lugar a complicações e deficiências, diminuem a qualidade de vida, limitam a produtividade e requerem tratamentos caros. Unidos à disposição genética e à idade, os fatores de risco que contribuem para estas doenças incluem o tabagismo, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool (Malta, Cezário, Moura, Morais Neto & Silva Júnior, 2006; Organização Panamericana da Saúde - OPAS, 2007; World Health Organization - WHO, 2011).

Estima-se que das 57 milhões de mortes no mundo em 2008, 36 milhões foram em razão das DCNT e 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa ou média renda, onde 29% são de pessoas com menos de 60 anos (WHO, 2011). Acredita-se que, no ano de 2020, 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento devem advir de problemas crônicos. Porém, a adesão aos tratamentos fica em torno de 20% e, em todo o mundo, os sistemas de saúde não possuem um plano de gerenciamento das condições crônicas (OPAS, 2003).

Segundo a World Health Organization (WHO, 2003) a adesão pode ser definida como o grau em que o comportamento de uma pessoa representado pelo uso de medicação, seguimento da dieta, mudanças no estilo de vida, corresponde e concorda com as orientações de um profissional de saúde. Para tanto, pressupõe-se que haja uma aliança terapêutica ou a construção do vínculo entre o paciente e o médico assim como também com o restante da equipe de saúde.

Para a WHO (2003), cinco dimensões ou fatores são considerados no processo de adesão: (a) os fatores sociais e econômicos; (b) os fatores relacionados ao sistema de saúde e equipe de saúde; (c) os fatores relacionados à doença; (d) ao tratamento; e, (e) ao paciente. O comportamento das pessoas e a capacidade de aderir ao tratamento são afetados por esses cinco fatores, pois existe uma integração entre todos.

Dentre as doenças crônicas descritas pela medicina destaca-se o **diabetes**, considerado problema de saúde pública principalmente em países em desenvolvimento, em virtude dos números preocupantes tanto em relação à prevalência e a incidência como a baixa adesão ao tratamento. Os números mais recentes da International Diabetes

Federation (IDF) mostram que, atualmente 366 milhões de pessoas no mundo têm diabetes e 4,6 milhões de mortes são devido ao diabetes. Além disso, outros 280 milhões de pessoas apresentam risco de desenvolver a doença (IDF, 2011). Cerca de 80% das populações com diabetes vivem em países com baixa e média renda, e a média de idade varia entre 45 a 64 anos (Organização Mundial de Saúde - OMS, 2003). No Brasil, estima-se que 11% da população com idade igual ou superior a 40 anos tenham diabetes, o que representa cerca de cinco milhões e meio de pessoas (Brasil, 2006; 2011).

O aumento da incidência e prevalência do diabetes é atribuído ao envelhecimento populacional, à urbanização, aos avanços terapêuticos no tratamento da doença, mas, especialmente, ao estilo de vida atual, caracterizado por inatividade física e hábitos alimentares que predispoem ao acúmulo de gordura corporal.

O Brasil reconhece a gravidade do problema decorrente do diabetes e adota desde 2009, a Estratégia de Educação em Saúde para o Auto-Cuidado. Essa estratégia é voltada para o portador de diabetes e sua família, com a construção de uma rede de tutores e multiplicadores em âmbitos regional, estadual e local. O objetivo é desenvolver autonomia para o auto cuidado, construção de habilidades e desenvolvimento de atitudes que conduzam o portador de diabetes à contínua melhoria do controle sobre a doença, alcançando o progressivo aumento da qualidade de vida e a redução das complicações do *diabetes mellitus* (Brasil, 2009). No ano de 2011 o governo lança o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil. O Plano visa preparar o Brasil para enfrentar e deter, nos próximos dez anos, as DCNT. Seu objetivo é promover o desenvolvimento e a adoção de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas (Brasil, 2011).

No atendimento a pessoas com diabetes, principalmente o *diabetes mellitus* tipo 2 (DM 2)¹, a adesão abrange diversos componentes: a alimentação, a atividade física, a medicação e a auto-vigilância da glicemia (WHO, 2003; Brasil, 2006; Zanetti, Otero, Freitas, Santos, Guimarães, Couri, Péres, Ferronato, Dal Sasso &

¹ O DM é um grupo de doenças metabólicas, caracterizado por hiperglicemia resultante de defeitos na ação da insulina, na sua secreção, ou em ambas. O DM 2 é característico da idade adulta, com incidência maior no envelhecimento e corresponde à cerca de 90 a 95% das pessoas com DM, portanto, a forma mais comum (SBD, 2006).

Barbieri, 2006; Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2006; Morales & Pérez, 2007; Nascimento de Ó & Loureiro, 2007). Quanto ao uso da medicação, a maioria dos pacientes faz uso irregular da mesma (Reis, Bachion & Nakatani, 2005; Chao, Nau & Aikens, 2007). O efeito adverso de alguns medicamentos, os mitos e as crenças construídos em torno da medicação e também o caráter assintomático da doença, fazem com que os pacientes não reconheçam a importância do tratamento medicamentoso (Peres, Santos, Zanetti & Ferronato, 2007).

A vivência com o diabetes impõe mudanças no estilo de vida, ou seja, mudar hábitos já consolidados e assumir uma rotina que exige disciplina quanto ao planejamento alimentar como também em relação à incorporação da atividade física. O sedentarismo, por exemplo, é um fator de risco para a obesidade tão importante quanto o consumo de dieta inadequada, e possui uma relação direta e positiva com o aumento da incidência do diabetes em adultos, independentemente de história familiar de diabetes (Malta et al., 2006; McLellan, Barbalho, Cattalini & Lerario, 2007).

No Brasil, o portador do diabetes tem garantido por lei a gratuidade dos medicamentos, o acesso aos serviços especializados, porém, a não adesão intriga os profissionais de saúde e as autoridades. Distribuir medicamento a esta população, como também incentivar uma alimentação saudável e a realização de atividade física, não estão proporcionando por si só uma taxa de adesão alta, o que aponta para a necessidade de estudos que avaliem também a importância do conhecimento do senso comum e das crenças e atitudes presentes nas pessoas que possuem DM 2 acerca dessa doença.

A Psicologia Social é uma área de conhecimento que possui diversos conceitos explicativos (representações sociais, crenças, atitudes) que podem contribuir para a compreensão da adesão ou não adesão ao tratamento de doenças crônicas. Para Abric (2001), a partir das negociações com o outro, ou com outros indivíduos e grupos, é possível ter consciência que os processos se desenvolvem ao mesmo tempo dos dois lados. O que os indivíduos pensam, sentem e o que fazem em relação à sua condição crônica, ao tratamento, está relacionado a fatores pessoais. Por sua vez, o que os indivíduos pensam, sentem e fazem também depende do contexto grupal, societário e econômico onde vivem e, conseqüentemente, da forma como os serviços de educação e saúde chegam até eles.

As representações sociais, definidas como um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no cotidiano no decurso de comunicações inter-individuais (Moscovici, 1961, 1981), possibilitam a apreensão de processos e mecanismos pelos quais indivíduos participam da construção de conhecimento da doença em seu cotidiano, e também auxiliam na compreensão das estratégias adotadas frente à condição crônica. Nesse sentido, as representações sociais não se formam como conceitos isolados, mas articulados em rede e interdependentes, e, portanto, as representações de saúde e doença interagem para determinar concepções específicas de necessidades humanas e de saúde (Oliveira, 2011).

As representações sociais possuem um papel fundamental na dinâmica das relações sociais e nas práticas, permitindo ao indivíduo ou ao grupo dar sentido e compreender a realidade através de seu próprio sistema referencial (Jodelet, 2001; Abric, 1998). Apresentam-se como um conjunto de proposições, reações e avaliações (Moscovici, 1978). Uma vez que as representações e práticas estão estritamente ligadas, determinando não só comportamentos distintos, como também, atitudes específicas diante do problema de saúde, os sentidos que o indivíduo atribui a sua condição crônica bem como ao discurso médico sobre a mesma podem determinar a adesão ao tratamento.

O estudo das atitudes, cuja definição engloba a tendência ou pré-disposição para avaliar um objeto, pode auxiliar no entendimento da adesão ao tratamento. Pessoas que apresentam uma atitude positiva em relação ao tratamento tendem a seguir as prescrições médicas e demonstram estilos de vida mais saudáveis. A teoria da ação planejada ou teoria do comportamento planejado – TpB – (Ajzen, 1991, 2001), em uma versão mais atual no estudo das atitudes, foi a teoria adotada nesse estudo para compreender o fato de que as pessoas agem conforme suas intenções e percepções de controle sobre o comportamento. As intenções, portanto são influenciadas não só pelas atitudes frente ao comportamento, mas também pelas normas subjetivas e pela percepção de controle comportamental.

De acordo com a TpB, o comportamento humano é guiado por três tipos de considerações: crenças sobre as consequências prováveis ou outros atributos do comportamento (crenças comportamentais); crenças sobre as expectativas normativas de outras pessoas (crenças normativas); e, crenças sobre a presença de fatores que podem facilitar ou dificultar ainda mais o desempenho do comportamento – crenças controle (Ajzen, 1991, 2002).

Considerando essas questões, a presente pesquisa investigou as representações sociais e as intenções comportamentais para o tratamento das pessoas com DM 2. Dessa forma, o problema de pesquisa que norteou o presente estudo foi: Qual a influência das representações sociais e das intenções comportamentais frente ao tratamento do DM 2 das pessoas com esta condição crônica no processo de adesão?

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar a influência das representações sociais e da intenção comportamental para adesão ao tratamento das pessoas com *diabetes mellitus* tipo 2.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar pessoas com DM 2 que aderem e que não aderem ao tratamento medicamentoso;
- b) Descrever a representação social do DM 2 em pessoas que aderem e que não aderem ao tratamento medicamentoso;
- c) Identificar a intenção comportamental para o tratamento em pessoas com DM 2 que aderem e que não aderem ao tratamento medicamentoso;
- d) Comparar as representações sociais do tratamento em pessoas com DM 2 que aderem e que não aderem ao tratamento medicamentoso;
- e) Comparar intenção comportamental para o tratamento em pessoas com DM 2 que aderem e que não aderem ao tratamento medicamentoso;
- f) Examinar as relações entre a representação social do tratamento do DM 2 e intenção comportamental para o tratamento em pessoas com esta condição crônica no processo de adesão ao tratamento.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 DIABETES MELLITUS (DM)

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Há duas formas de classificar o diabetes: a classificação em tipos de diabetes e a classificação em estágios de desenvolvimento. A classificação em tipos inclui quatro classes clínicas: Diabetes Mellitus 1 (DM 1); Diabetes Mellitus 2 (DM 2); Diabetes Mellitus Gestacional (DM gestacional); e, tipos específicos de DM. Esses últimos são decorrentes de defeitos genéticos associados com outras doenças ou com uso de fármacos diabetogênicos (Brasil, 2006, American Diabetes Association- ADA, 2008, IDF, 2011). Atribuir um tipo de diabetes dependerá das circunstâncias presentes no diagnóstico, pois muitos indivíduos com diabetes não cabem facilmente numa única classe. Por exemplo, uma mulher diagnosticada com DM gestacional, pode continuar hiperglicêmica após o parto e ser diagnosticada com DM 2.

O DM 1, anteriormente conhecido como diabetes juvenil, compreende cerca de 10% total dos casos e a expectativa de vida neste tipo é reduzida em 15 anos (Brasil, 2006; <http://www.diabetes.org.br>). O termo tipo 1 indica a destruição das células beta pancreáticas, geralmente ocasionando deficiência absoluta de insulina, um hormônio regulador dos níveis circulantes da glicose. A destruição da célula beta é dependente de uma resposta imunológica predominantemente celular (Velloso & Pimanozi Netto, 2011). Como consequência, todas as pessoas diagnosticadas com DM 1 necessitam de uma terapia de compensação de insulina. As necessidades diárias de insulina variam de acordo com a idade, rotina diária, padrão alimentar e, sobretudo, a presença ou não de alguma secreção residual de insulina pelas células beta pancreáticas (<http://www.diabetes.org.br>).

O DM 2 caracteriza-se por uma deficiência relativa de insulina e é o tipo mais prevalente, em torno de 90%. Segundo Velloso e Pimanozi Netto (2011) o desenvolvimento do DM 2 se dá por causa da incapacidade da célula beta em responder à crescente demanda periférica de insulina. A primeira e mais marcante evidência clínica da disfunção da célula beta em pacientes com predisposição para DM2 é a perda da primeira fase de secreção de insulina. Observa-se que todos os

pacientes com DM2 tem disfunção mensurável da célula beta e a deterioração da função da célula beta é progressiva.

As crescentes incidência e prevalência do DM 2 têm sido atribuídas ao envelhecimento populacional, ao estilo de vida atual que se caracteriza por inatividade física, a hábitos alimentares não saudáveis e aos avanços terapêuticos no tratamento da doença (Brasil, 2006; ADA, 2008; Ferreira, 2009; Zagury, Zagury & Oliveira, 2011). A maioria das pessoas com DM 2 apresenta excesso de peso ou acúmulo central de gordura.

Acredita-se que 50% da população com DM 2 não sabe que são portadores da doença e só descobrem quando as complicações decorrentes do diabetes aparecem. Segundo Brasil (2006) e SBD (2008), alguns fatores são indicativos de maior risco: idade acima de 45 anos; sobrepeso (índice de massa corpórea maior que 25); obesidade central (cintura abdominal maior que 102 para homens e maior que 88 para mulheres); antecedente familiar; hipertensão arterial (maior que 140/90 mmHg); colesterol HDLd “35 mg/dL” e/ou triglicerídeos “150 mg/dL”; e doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida.

Os sintomas clássicos do diabetes são: poliúria (excesso de urina), polidipsia (muita sede); polifagia (muita fome) e perda involuntária de peso. Os sintomas clínicos são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e infecções de repetição (Brasil, 2006; ADA, 2008). O DM 2 é cerca de 8 a 10 vezes mais comum que o DM 1. A expectativa de vida das pessoas com diabetes reduz em cinco a sete anos e os adultos com o tipo 2 têm duas a quatro vezes maior chance de apresentar doença cardiovascular e acidente vascular cerebral (Brasil, 2006; Zagury, Zagury & Oliveira, 2011).

O diabetes gestacional (DM gestacional), por sua vez, trata-se da intolerância aos carboidratos de intensidade variável com início na gestação, podendo ou não manter-se após o parto. Os fatores de risco para o DM gestacional, segundo Golbert (2009) e SBD (2008), são:

- idade acima de 25 anos;
- obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual;
- deposição central excessiva de gordura corporal (gordura em excesso no tronco);
- história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau;
- baixa altura (1,50cm);
- crescimento fetal excessivo, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual;

- antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, de macrossomia (peso excessivo do bebê) ou de diabetes gestacional.

Há indícios que os genes do DM gestacional e do DM 2 sejam semelhantes, pois em ambos o que ocorre não é a deficiência acentuada na produção da insulina, mas uma resistência à ação dessa substância. Quando ocorre o diagnóstico de DM gestacional, as chances de a mulher desenvolver o diabetes tipo 2 no futuro são grandes (<http://www.diabetes.org.br>).

A classificação dos estados de tolerância à glicose tem sido modificada ao longo dos anos à medida que novos conhecimentos, oriundos de pesquisas e da prática clínica, vêm sendo produzidos (SBD, 2000; Brasil, 2006; ADA, 2008; Ferreira, 2009). O rastreamento do DM, mais especificamente a abordagem da glicemia, pode ser feito através da medida no teste oral de tolerância à glicose (TOTG) (OMS, 2003; Ferreira, 2009) conforme as seguintes orientações:

- Alimentação com ao menos 150 g de carboidratos por dia, nos três dias que antecedem o teste. Atividade física habitual.
- No dia do teste, observar jejum de oito horas (a ingestão de água é permitida; enfatizar que cafezinho com açúcar prejudica o teste).
- Não fumar ou caminhar durante o teste.
- Medicações e intercorrências que podem alterar o teste devem ser cuidadosamente anotadas.
- Ingerir 75 g de glicose anidra (ou 82,5 g de glicose monoidratada) dissolvidos em 250-300 ml de água, em no máximo cinco minutos.
- O sangue coletado deve ser centrifugado imediatamente, para separação do plasma e medida da glicemia. Caso não seja possível, coletar o sangue em tubos fluoretados, mantê-los resfriados (quatro graus) até a centrifugação, que deve ser feita rapidamente.
- O teste consta de uma coleta de sangue venoso em jejum e outra amostra duas horas após a ingestão de 75g de glicose.

O diabetes inclui estágios pré-clínicos e clínicos, este último incluindo estágios avançados em que a insulina é necessária para controle ou sobrevivência. Os critérios diagnósticos para a presença de anormalidades da tolerância à glicose, segundo ADA (2008) são os seguintes: se a glicemia de jejum encontrar-se entre 100-125 mg/dL,

considera-se como *glicemia de jejum alterada*; se a glicemia duas horas pós-sobrecarga estiver entre 140-199 mg/dL, *tolerância à glicose diminuída*, e, se a glicemia de jejum acusar 126 mg/dL e a glicemia duas horas pós-sobrecarga 200 mg/dL, o paciente passa a integrar a categoria *diabetes*. O diagnóstico sempre deve ser confirmado utilizando esses critérios, observando-se que o jejum é definido como a falta de ingestão calórica de no mínimo oito horas.

3.1.1 Complicações Decorrentes do DM 2 e Tratamento

O diabetes é responsável por aproximadamente 5% de todas as mortes no mundo por ano. Cerca de 80% das populações com diabetes vivem em países com baixa e média renda, e a média de idade varia entre 45 a 64 anos. As mortes por diabetes devem aumentar em mais de 50% nos próximos dez anos se não houver ações urgentes na saúde (WHO, 2003). No Brasil, o DM juntamente com a hipertensão arterial é responsável pela 1ª causa de mortalidade e de hospitalização, de amputação de membros inferiores e representa 62,1% dos diagnósticos primeiros em pacientes com insuficiência renal crônica (Brasil, 2006).

Se não tratado, o DM 2 pode produzir complicações agudas (cetoacidose, síndrome hiperosmolar) e complicações crônicas classificadas como macrovasculares (doença arterial coronariana, doença cérebro vascular e vascular periférica), complicações microvasculares (retinopatia, nefropatia) e neuropatias (Brasil, 2006). O DM 2 também carrega um fardo de complicações a curto prazo, tais como as taxas de glicose no sangue excessivamente elevadas ou excessivamente baixas (hipoglicemia), que podem resultar em coma se não tratadas. As complicações em curto prazo são sempre agudas, e às vezes fatais, exigindo atenção médica urgente (IDF, 2011), e também são responsáveis por uma importante morbimortalidade, com taxas de mortalidade cardiovascular e renal, cegueira, amputação de membros e perda de função (Brasil 2006; Braga, Santos, Flato, Guimarães & Avezum, 2007; Bortolotto, 2007; Nery & Oliveira, 2007; Price, Coleman, Stevens & Holmann, 2009).

Em um estudo realizado em seis distritos sanitários de Recife, em que foram analisadas as complicações associadas ao DM 2 com uma amostra de 1374 prontuários, os pesquisadores constataram uma frequência de 95,6% de complicações macrovasculares e a doença vascular periférica foi responsável por 92,1% quando considerada como complicação única. Dentro das complicações microvasculares, a retinopatia alcançou uma prevalência de 52,2% (Santos, Carvalho,

Souza, Medeiros, Nóbrega & Lima, 2008). Outro estudo com 927 pacientes com DM 2 atendidos ambulatorialmente na cidade de Porto Alegre para avaliar a prevalência das complicações crônicas e aferir os seus possíveis fatores de risco, constatou que a cardiopatia isquêmica estava presente em 36% e a doença vascular periférica, em 33% dos pacientes. Dentre as complicações microvasculares, 37% apresentavam doença renal e 48% retinopatia diabética (Sheffel, Bortolanza, Weber, Costa, Canini, Santos, et al, 2004).

Outra complicação decorrente do diabetes, a nefropatia, acomete de 20 a 40% das pessoas com diabetes. É uma doença assintomática e sua detecção se dá por meio de triagem laboratorial. Apesar dos esforços, aproximadamente 20 a 30% de todas as pessoas que vivem com diabetes desenvolverão algum grau de nefropatia após 10 anos de diagnóstico (Zach, 2011).

As úlceras nos pés e as amputações nos membros inferiores são consideradas as complicações mais sérias e de alto custo para os indivíduos com DM (Schmid, Neumann & Brugnara, 2003). O pé diabético caracteriza-se pela presença de lesões decorrentes das alterações vasculares, ocorrendo em média após 10 anos de doença. Esta neuropatia leva a uma insensibilidade e, subsequentemente, à deformidade do pé, podendo desencadear uma marcha anormal. A úlcera precede 85% das amputações de membros inferiores entre diabéticos, observando-se uma combinação de isquemia e infecção (Lopes, 2003; Parisi, 2011). Estudos provenientes de diferentes estados do Brasil têm relatado elevadas taxas de amputação e óbito intra-hospitalar na população com diabetes e úlceras nos pés assistida (Pitta, Castro, Soares, Maciel, Silva, Muniz & Asmar, 2005; Rezende, Nunes, Melo, Malerbi, Chacra & Ferraz, 2008; Parisi, 2011).

Um dos objetivos do tratamento do DM 2 é baixar o nível da glicemia até o mais próximo do normal e, para isso, o plano terapêutico deve incluir mudança de estilo de vida e farmacoterapia. Para prevenir complicações oriundas do DM 2, deve-se realizar intervenções preventivas metabólicas e cardiovasculares e detecção e tratamento de complicações crônicas do diabetes (Brasil, 2006).

As mudanças no estilo de vida, quando realizadas, demonstram efetividade na prevenção e controle das complicações decorrentes do DM 2 (Tuomilehto, Lindström, Eriksson, Valle, Hämäläinen & Ilanne-Parikka, 2001; Pace, Nunes & Ochoa-Vigo, 2003; Araújo, 2004; Gulve, 2008). Dados divulgados pelo Ministério da Saúde (2011) apontam que cerca de 80% dos pacientes recém-diagnosticados são obesos. Sabe-se que a localização abdominal de gordura que se mostra mais associada a

distúrbios metabólicos como o DM, eleva seu risco de ocorrência em dez vezes e contribui para o seu agravamento (Sartorelli & Franco, 2003). Uma dieta específica baseada na restrição de alimentos ricos em carboidratos, gorduras e proteínas auxilia no controle glicêmico do indivíduo com DM 2 (SBD, 2008; Goveia & Viggiano, 2011) como também a atividade física melhora o controle metabólico, reduz a necessidade de hipoglicemiantes e diminui os riscos de doença cardiovascular (Brasil, 2006).

Segundo a SBD (2008) não é possível um controle metabólico sem uma alimentação adequada. Cerca de 50% das famílias com diabetes alteram hábito alimentar favorecendo assim um melhor controle metabólico (Pace et al., 2003). A terapia nutricional deve ser individualizada e direcionada às necessidades da pessoa que vive com DM. Recomenda-se a adoção do modelo *Dietary Approachs to Stop Hypertension* (DASH) que destaca o aumento no consumo de alimentos naturais com redução dos alimentos industrializados (SBD, 2008).

Diversos autores destacam que as mudanças no hábito alimentar não são fáceis de serem alcançadas, pois não se trata de satisfazer somente as necessidades biológicas. O hábito alimentar envolve valores sociais e culturais mantidos por meio de tradições e costumes (Garcia, 2003; Santos & Araújo, 2011).

Quanto à realização de atividade física, existem vários planos adequados ao controle do diabetes. Observa-se que todos demonstram que há um impacto da atividade física no controle glicêmico. Porém, o início dessa atividade deve ser gradativo e baseado em metas individuais viáveis (Araújo, 2004). A indicação da atividade física como integrante do esquema terapêutico no DM exige, por parte da equipe de saúde, conhecimento sobre os riscos e benefícios desta prática. As orientações para atividade física devem ser individualizadas, uma vez que diversos aspectos devem ser considerados, como: a idade da pessoa, os objetivos do programa de atividade física, a presença de descompensação glicêmica, as complicações crônicas e as comorbidades (Ferreira & Vivolo, 2011; ADA, 2009; SBD, 2008).

O tratamento farmacológico prevê a prescrição de medicamentos para o controle glicêmico do diabetes e a escolha do medicamento dependerá dos valores das glicemias no jejum e pós-prandial, da hemoglobina glicada, do peso, da idade, de complicações e doenças associadas (Oliveira & Lerario, 2008). Segundo Tambascia (2011), existem vários medicamentos orais antidiabéticos disponíveis para o tratamento do DM 2. Em muitos casos, mesmo ocorrendo a mudança do estilo de vida e a dieta saudável, há necessidade do uso de

medicações em monoterapia ou combinadas. O médico deve observar as possíveis interações com outros medicamentos, as reações adversas, e as contra indicações deverão ser analisadas.

A SBD (2008) reconhece a importância da revisão frequente das diretrizes de tratamento do DM 2, pois o diabetes representa um dos problemas mais cruciais em saúde pública mundial e o controle glicêmico pode reduzir a morbidade e mortalidade dos indivíduos com essa doença. A baixa adesão ao tratamento dessa doença acaba proporcionando uma ineficácia clínica e essa ineficácia pode gerar uma baixa adesão, exigindo do clínico a inclusão de fármacos e a rápida transição para novos esquemas terapêuticos (Pimazoni Netto, Wajchenberg, Eliaschewitz, Tambascia, Gomes, Lyra & Cavalcanti, 2008).

Manter o controle glicêmico e prevenir complicações crônicas do DM exige alguns comportamentos que devem ser integrados na rotina do diabético. Ou seja, inicialmente, este deve seguir as recomendações dadas pelos profissionais de saúde, e depois o auto-cuidado deve ser incorporado, implicando uma grande participação e controle de sua parte, exigindo uma vigilância limitada dos profissionais.

Não existe uma opção de tratamento correto para todos os pacientes com DM 2. A duração do diabetes e estágio da doença, o nível de controle glicêmico, o estilo de vida, os hábitos e as atitudes em relação à doença afetam também os profissionais responsáveis pelo tratamento de pacientes. Com efeito, os fatores já mencionados devem ser considerados especialmente quando se inicia a prescrição da insulino terapia nestes pacientes. O tratamento pode ser mais eficaz no controle da hiperglicemia quando a terapia é individualizada para cada paciente (Tibaldi, 2008).

3.2 ADESÃO AO TRATAMENTO

A adesão ao tratamento é reconhecida pela WHO (2003) como um fenômeno multidimensional, que engloba tanto a adesão ao medicamento, como inúmeros outros comportamentos relacionados com a saúde e que ultrapassam a prescrição farmacológica. Buscar uma consulta médica e seguir as prescrições, tomar a medicação de forma adequada, executar alterações comportamentais que se referem à higiene pessoal, auto cuidado, estabelecer uma dieta saudável, realizar atividade física, diminuir ou eliminar o hábito de fumar, são exemplos de comportamento aderente.

A adesão é permeada pela subjetividade do sujeito e relaciona-se à maneira como este vê a vida, como aceita a cronicidade da sua doença, a motivação para o tratamento. Ou seja, a adesão pode ser entendida por atitudes e comportamentos que são compreendidos a partir da experiência pessoal, dentro do seu grupo de pertença e das várias formas de comunicação. Algumas pessoas que vivem com DM conseguem aderir muito bem a um aspecto do tratamento, mas não aderir aos outros. Esse fato acaba representando um grande desafio para os profissionais de saúde, pois estudos mostram que no tratamento do diabetes, a adesão apresenta-se muito abaixo do esperado (Santos & Araújo, 2011; Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2006).

Brawley e Culos-Reed (2000) apontam que na língua inglesa utilizam-se os termos *adherence* e *compliance* cujo significado de cada termo é diferente. *Compliance* é traduzido como obediência, cumprimento de regras e pressupõe um papel passivo do paciente; *adherence* (aderência ou adesão) pressupõe uma escolha das pessoas em adotarem ou não certa recomendação, considerando um sujeito ativo que participa e assume responsabilidades. O termo *adherence* também é utilizado por outros autores (Osterberg & Blasche, 2005; Milstein-Moscati, Persano & Castro, 2000), pois o plano de tratamento é baseado na aliança ou contrato estabelecido entre o profissional de saúde e o paciente.

Leite e Vasconcellos (2003), após uma consulta a publicações sobre o tema, constataram que não há consenso sobre o conceito, mas de forma geral, adesão é compreendida “como a utilização de medicamentos prescritos e outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total observando horários, doses, tempo de tratamento” (p.777). Mas como saber se de fato o paciente segue a prescrição?

A medição da adesão fornece informações úteis, porém, continua sendo uma estimativa acerca do real comportamento do paciente. Não há um modelo de medida considerado *gold standard* para medir a adesão e a literatura relata uma série de estratégias. Alguns modelos são baseados em técnicas analíticas que verificam se o medicamento foi administrado ou tomado na dose e frequência necessária através de marcadores químicos de maior permanência no organismo (Milstein-Moscati et al., 2000). Marcadores podem ser adicionados aos medicamentos e sua presença no sangue pode fornecer provas de que o paciente recebeu uma dose da medicação (Vitolins, Rand, Rapp, Ribisl & Sevic, 2000). Outros utilizam questionários que avaliam comportamentos específicos que se relacionam com as recomendações

médicas (WHO, 2003), como por exemplo, questionários para medir a dieta alimentar (SBD, 2008).

Em um estudo com 437 diabéticos foram utilizadas três medidas para avaliar o cumprimento da terapia com antidiabéticos orais: o Teste de Batalla que objetiva avaliar o conhecimento que a pessoa que vive com DM possui sobre a doença e suas complicações; a Medida de Adesão ao Tratamento, que investiga se a pessoa deixou de ingerir a medicação por esquecimento ou por não se sentir bem; e o Teste de Contagem de Comprimidos, realizado na visita domiciliar solicitando ao usuário a sacola com a medicação antidiabética e a prescrição médica. O bom cumpridor da terapia com antidiabéticos deveria obter um percentual entre 80% - 110%. Esse percentual é obtido entre a razão do número de comprimidos tomados e o número de comprimidos prescritos. Os resultados apontaram que mais de 70% dos entrevistados foram considerados não cumpridores nos três testes. Dentre os não cumpridores, 95% já faltaram às consultas no programa para diabetes e 76% estão com a glicemia acima dos valores recomendados. (Araújo, Freitas, Fragoso, Araújo, Damasceno & Zanetti, 2011).

Destacam-se aqui, novamente, as cinco dimensões ou fatores considerados pela WHO (2003) como importantes para a compreensão do processo de adesão: os fatores sociais e econômicos, os fatores relacionados ao sistema de saúde e equipe de saúde e os fatores relacionados à doença, ao tratamento e ao paciente.

Os fatores sociais e econômicos principalmente nos países em desenvolvimento podem ser preditores da não adesão ao tratamento, principalmente quando a condição sócio-econômica é baixa. Os pacientes que se enquadram nesta condição têm outras prioridades que concorrem com a adesão ao tratamento. Muitas vezes, o limitado recurso financeiro é utilizado para satisfazer as necessidades de outro membro da família. A adesão corre o risco de não acontecer quando se observa: analfabetismo, baixo nível de escolaridade, desemprego, falta de rede social de apoio, condições de vida instáveis, longa distância da sua casa até o serviço de saúde, falta de transporte ou seu elevado custo, alto custo da medicação.

Assunção e Ursine (2008) verificaram se os fatores demográficos, sócio-econômicos, de saúde, percepção da doença e suporte social estariam associados à adesão ao tratamento não farmacológico. Os resultados desse estudo apontaram para uma associação significativa entre adesão ao tratamento e baixa renda (até um salário), local de residência (área de elevado risco). Em relação aos fatores relativos à avaliação subjetiva de saúde e ao suporte social, a pesquisa evidenciou

que a motivação com o tratamento, fazer parte de algum grupo de diabéticos, conhecer sobre as complicações da doença apresentaram associação significativa para a adesão.

A idade também aparece como um fator que pode afetar a adesão (WHO, 2003), porém, os estudos devem avaliar separadamente cada etapa do ciclo vital (infância, adolescência, idade adulta, velhice). Fotheringham (1995) e Burkhart, Dunbar-Jacob e Rohay (2001) apontam que os adolescentes com diabetes tipo 1 aderem menos ao tratamento do que as crianças mais pequenas, nomeadamente em relação à regularidade das injeções de insulina, exercício físico, cuidados alimentares e auto-monitorização da glicemia capilar.

Estudo desenvolvido por Jones, Furlanetto, Jackson e Kinn (2007), com adultos em tratamento dietético para obesidade, constatou que, embora haja o comprometimento com as normas dietéticas prescritas, ocorrem flutuações e imprecisões quanto ao seguimento no consumo de alimentos mais saudáveis. As práticas alimentares observadas em domicílio ou registradas em diários por participantes das pesquisas mostraram-se contraditórias quando comparadas ao discurso verbal. O resultado do estudo identificou que, sentimentos de frustração e opressão sobre as mudanças necessárias, são barreiras para a adesão ao tratamento nutricional.

Os idosos, por sua vez, representam 6,4% da população mundial (WHO, 2003) e muitos deles apresentam múltiplas doenças crônicas concomitantemente (comorbidade), que exigem tratamentos complexos e de longa duração, e consomem as maiores prescrições medicamentosas. Porém, as múltiplas comorbidades, os impedimentos funcionais, os regimes de tratamento mais complexos, tornam essa população ainda mais vulnerável aos problemas decorrentes da não adesão (Tavares, Rodrigues, Silva & Miranzi, 2007).

Estudos epidemiológicos constataam que o DM2 vem apresentando uma prevalência estimada em 20% na população com idades superiores a 60 anos. As pessoas idosas apresentam uma condição particular de agravamento das condições de saúde, ou seja, o desenvolvimento da Síndrome Geriátrica (SG). O maior risco às fraturas, a incontinência urinária, a depressão, a piora cognitiva, a incapacidade funcional para a realização de exercícios físicos, são componentes dessa síndrome e há comprovação de uma relação de reciprocidade entre o diabetes e um ou mais componentes da síndrome (Araki, 2009; Lerario, 2011). Portanto, recomenda-se que para pacientes idosos com fragilidade ou doença avançada, haja um menor rigor em se manter níveis baixos de taxa glicêmica. Para idosos com SG o

tratamento deve ser individualizado em função da idade, expectativa de vida, e preferências da pessoa que vive com DM (Lerario, 2011).

A não adesão pode estar relacionada a uma falha do sistema de saúde (Brasil, 2002). Essa afirmação sustenta-se no fato de que o incremento da atenção dispensada às condições crônicas também se traduz em um enfoque na adesão a tratamentos de longo prazo e, no entanto, grande parte da atenção nos serviços de saúde está voltada a problemas agudos e às necessidades mais urgentes dos pacientes (OPAS, 2003). O Brasil, ao constatar a falta de qualificação do atendimento às pessoas com DM, elaborou em 2002 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus. O objetivo deste Plano era estabelecer diretrizes para a atenção a estes agravos no contexto do Sistema Único de Saúde, por meio da atualização dos profissionais na rede básica, da garantia do diagnóstico e da vinculação do paciente à unidade de tratamento e ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessas patologias (Brasil, 2002). Em 2011 lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, período de 2011 a 2022. O objetivo do plano é o de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas (Brasil, 2011).

Nesse sentido, aspectos importantes do modelo dos cuidados crônicos estão sendo incorporados na atenção básica, mas lacunas importantes permanecem. Estudo desenvolvido por Reis, Bachion e Nakatani (2005) analisou o preparo de médicos da ESF a partir da identificação dos princípios utilizados pelos mesmos para o diagnóstico e tratamento. Os autores verificaram o predomínio de especialistas, o conhecimento superficial do Consenso de Diabetes, no último ano, não fizeram curso para se atualizarem nesta área e geralmente, não assinam revistas científicas. Concluiu-se que o preparo destes profissionais ainda contrasta com o preconizado pela ESF e evidenciam-se dificuldades para o atendimento resolutivo aos usuários.

Guimarães e Takayanagui (2002) investigaram pacientes inseridos no Programa de Assistência ao Diabético de uma unidade básica de Ribeirão Preto-SP e constataram que apenas 17,2% das prescrições médicas se enquadravam nas recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes, incluindo as informações sobre dieta, exercício físico e uso de medicamento. A falta de conhecimento e de formação sobre o gerenciamento de doenças crônicas por parte dos servidores

(técnicos em enfermagem, enfermeiros, médicos, agentes de saúde, escriturários, nutricionistas, etc.), até mesmo o desconhecimento sobre a adesão e a eficácia de intervenções para a melhoria das condições clínicas dos pacientes, pode também colaborar para a não adesão.

Por outro lado, uma boa relação profissional de saúde-paciente pode melhorar a adesão. Nesse sentido, torna-se imprescindível que a realidade individual seja conhecida e compreendida pelos profissionais de saúde. Conhecer a rotina dessas pessoas, seus valores, suas expectativas, seus objetivos, e sua percepção da doença; pode ser de grande auxílio na tomada de decisão quanto ao plano terapêutico. Somente após isso é que os profissionais devem sugerir modificações de estilo de vida.

Os fatores relacionados à doença referem-se à gravidade dos sintomas, o quanto de incapacidade ou deficiência a doença produz, a progressão e severidade do quadro, bem como a disponibilidade efetiva dos tratamentos. Os fatores relacionados ao tratamento como, por exemplo, a complexidade do regime médico (Reis et al., 2005), a duração do tratamento, freqüentes mudanças no tratamento, os efeitos secundários ou o imediato benefício do tratamento, podem afetar a adesão.

Destacam-se também como fatores para a adesão ou não adesão os relacionados ao paciente, ou seja, recursos internos, atitudes, crenças, percepções e expectativas (Gentili, Maldonado, Grieco & Santini, 2001). A capacidade que o paciente tem para exercer o autocuidado, o conhecimento sobre as conseqüências da não adesão, são aspectos não totalmente compreendidos, segundo a WHO (2003).

Uma análise realizada a partir da produção bibliográfica latino americana no período de 1995 a 2005, acerca da adesão/não-adesão ao tratamento de pessoas portadoras de problemas crônicos de saúde, revelou que a maioria dos fatores citados nos textos pelos autores e que contribuem para a não-adesão ao tratamento, estão relacionados ao paciente. Muitos estudos têm focalizado o sofrimento dos pacientes com problemas crônicos de saúde e concluído que o sucesso do tratamento é fortemente dependente do comportamento deles (Reiners, Azevedo, Vieira & Arruda, 2008).

Loke e Jong (2008) realizaram um estudo que teve como objetivos: determinar se o auto-relato do paciente está fortemente correlacionado com a adesão e com o controle metabólico e determinar o agrupamento de fatores naturais que influenciam adesão. A análise sugere que o auto relato do paciente e a adesão ao tratamento são fracamente correlacionados ao controle metabólico. Sentimentos de

frustração, ansiedade e depressão foram associados a uma falta de conhecimento sobre o tratamento do diabetes.

A adesão ao tratamento continua sendo um dos maiores desafios para profissionais de saúde. Pesquisa realizada em dez cidades brasileiras verificou o grau de controle glicêmico e complicações em 6.700 pessoas com DM, e apontou em seus primeiros achados, que 75% dos entrevistados têm controle da glicemia inadequado (Mendes, Moreira Jr. & Chacra, 2008).

3.3 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (TRS)

Moscovici formulou a teoria das representações sociais em um ambiente sócio-político posterior à Segunda Guerra Mundial, quando as ciências humanas e sociais eram chamadas para explicar e resolver o conflito central da época, entre a sociedade e os indivíduos. Nesta época, a Psicologia Social de influência norte-americana ainda tinha a hegemonia nas produções teóricas e Moscovici representou o início de uma reação européia a esta Psicologia Social, de natureza individualizante (Farr, 2000).

A teoria das representações sociais vinculou-se ao campo da Psicologia Social como uma proposta inovadora, transformadora, que veio romper com conceitos já enraizados dentro dessa disciplina. Moscovici, em 1961, apresentou a noção de Representações Sociais em um trabalho científico *La psychanalyse, son image, son public*, no qual descreve as crenças dos diversos setores da sociedade francesa sobre um novo tipo de conhecimento científico e de práticas profissionais atreladas a este, que se difundiam no país na época, a psicanálise. Moscovici buscava investigar como a psicanálise foi apropriada e resignificada à medida que passou de um grupo social a outro. O estudo possuía duas partes: um *survey* com a população francesa e um estudo documental de artigos de jornais e revistas francesas sobre psicanálise (Moscovici, 1961, 1976). A partir deste estudo, iniciou-se uma série de pesquisas, investigações, debates e críticas sobre a teoria e o fenômeno das representações sociais dentro do panorama científico (Doise, 1985; Abric, 1993/1996; Vergès, Tyszka, e Vergès, 1994; Rouquette, 1995; Wagner, 1998; Jodelet, 1989; Flament, 2001; Moliner, e Gutermann, 2004).

Moscovici buscou fundamentação, para sua teoria, na sociologia clássica, mais especificamente nas contribuições teóricas de Marx, Weber e principalmente de Durkheim. Deste autor, resgatou o conceito de representações coletivas, porém, foi adiante no sentido de entender as

representações não apenas como fatos observáveis, mas como fenômenos sociais (Moscovici, 1978). Considerou o conceito de representação coletiva adequado a uma sociedade estática e tradicional que condiciona os indivíduos a pensar a partir de categorias. Considerando o contexto moderno, onde as relações são dinâmicas e fluidas, características da sociedade atual, Moscovici propôs o conceito de representações sociais, para ele mais adequado no sentido de explicar o movimento de transformação das mentalidades (Moscovici, 1978, 2003). As representações são ambientes de pensamento, sua força reside nos processos de socialização que as tornam uma força independente de conhecimento e modificação da realidade (Carvalho & Arruda, 2008).

A teoria das representações sociais trabalha com o pensamento social em sua dinâmica e diversidade (Arruda, 2002a) e parte da premissa de que existem formas diferentes de conhecer e de se comunicar na nossa sociedade. Essas formas são móveis e cada uma gera seu próprio universo, como: o consensual e o científico (Moscovici, 1981).

O universo consensual seria aquele que se constitui principalmente na conversação informal, na vida cotidiana, onde a sociedade se vê como um grupo formado por indivíduos que são de igual valor. Neste caso, o indivíduo é livre para se comportar como um amador e um “observador curioso”. As representações passam a se tornar tangíveis para o grupo, pois seus membros acreditam em sua existência e a estabilidade é garantida justamente por seu aspecto consensual. O universo reificado, por sua vez, se cristaliza no espaço científico, com seus cânones de linguagem e sua hierarquia interna, sendo que a sociedade se concebe como um sistema com diferentes papéis e categorias. As representações sociais são o modo de conhecimento que pertence ao universo consensual, e a ciência o modo de conhecimento pertencente ao universo reificado (Moscovici, 1981, 2003).

Para compreender o fenômeno das representações sociais pode-se começar, como o próprio Moscovici (1981) afirmou, perguntando: “Por que criamos essas representações?” O propósito é o de transformar tudo aquilo que não é familiar em familiar. Moscovici começa sugerindo que o pensamento pode ser considerado como ambiente. O que é real: o meu pensamento, ou a realidade lá fora? Não dá para separar o pensamento da realidade a que este se refere, pois ambos estão inextricavelmente relacionados. Nesse sentido, a sociedade tem uma dimensão que pode ser pensada, não é uma sociedade durkheimiana, estática. Ela é construída por relações. As representações sociais nos

ajudam, assim, a tornar familiar o não-familiar, pois ninguém agüenta viver com o não familiar. As pessoas acabam dando um jeito de transformar o não-familiar em algo já conhecido, pois o não-familiar provoca, leva à inquietude (Moscovici, 1981, 2003).

Três hipóteses formuladas por Moscovici (1981) auxiliam na compreensão da formação de uma representação social: (a) a *hipótese da desiderabilidade*, tentativa de criar imagens, que irão revelar e esconder intenções, e estas imagens e afirmações seriam então uma distorção subjetiva da realidade objetiva; (b) a *hipótese do desequilíbrio*, todas as ideologias e concepções de mundo são meios para solucionar tensões psíquicas ou emocionais, resultantes do fracasso ou falta de integração social (finalidade – restaurar um grau de estabilidade interna), e, (c) a *hipótese do controle*, grupos produzem representações a fim de filtrar as informações que provêm do ambiente e a fim de amoldar cada comportamento individual (finalidade – manipulação do pensamento) e estrutura à realidade (Moscovici, 2003).

As representações sociais podem ser definidas como uma forma de conhecimento do senso comum e estão relacionadas diretamente às maneiras como as pessoas interpretam ou traduzem o conhecimento que emerge da vida cotidiana no decorrer da comunicação interpessoal. Para Jodelet (2001), as pessoas constroem representações como uma forma de dominar, compreender e explicar os fatos e as idéias que preenchem o universo da vida. Ou seja, representação social é um fenômeno complexo composto de diversos elementos (informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, etc.) organizados sob a forma de um saber sobre a realidade, constituindo uma totalidade significativa.

As representações sociais relacionam-se a três esferas de pertença: a da subjetividade, a da intersubjetividade e a da transsubjetividade. Não existe um indivíduo isolado, mas sim um ator social ativo que é afetado por diferentes aspectos da vida cotidiana e que se desenvolve a partir de um contexto social de interação. Na subjetividade os processos que operam no nível dos indivíduos podem ser de natureza cognitiva, emocional e dependem de uma história já vivida, uma experiência de vida. Nesse sentido, as representações possuem uma função de expressão. Na intersubjetividade é possível identificar as representações elaboradas a partir de situações que ocorrem em um determinado contexto e por conta da interação entre os sujeitos. Já a transsubjetividade remete a tudo o que é comum aos membros de um mesmo coletivo, ao comunitário. Domina indivíduos, grupos e contextos de interação (Jodelet, 2009).

A representação social é sempre de algum objeto e de alguém (sujeito) e as características de ambos se manifestam nela e, nesse sentido, não é todo o conhecimento que pode ser considerado representação social, mas somente aquele que faz parte da vida cotidiana das pessoas (Jodelet, 2001). Existiriam três grandes ordens de fatores a serem considerados como condições para a produção das representações: a cultura, a comunicação e linguagem, seja esta intragrupo, intergrupo ou de massas, e a inserção socioeconômica, institucional, educacional e ideológica (Jodelet, 2001; Arruda, 2002a).

As representações sociais correspondem a um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no cotidiano, no decurso de comunicações inter-individuais. Elas são equivalentes, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crença nas sociedades tradicionais; elas podem até mesmo ser vistas como uma versão contemporânea do senso comum (Moscovici, 1978, 1981).

A estrutura de cada representação possui duas faces: figurativa e simbólica, que faz compreender em todo sentido uma figura, e em toda figura um sentido (Moscovici, 1976). Dois processos geradores são necessários para estruturar uma representação social como um objeto compartilhado por um determinado grupo: a ancoragem e a objetificação. Segundo Sá (1996 p. 46) “a duplicação de um sentido por uma figura, pela qual se dá a materialidade a um objeto abstrato, é cumprida pelo processo de objetivação. A duplicação de uma figura por um sentido, pela qual se fornece um contexto inteligível ao objeto, é cumprida pelo processo de ancoragem”.

Ancoragem é transformar algo estranho em nosso sistema particular de categorias em algo familiar, ligando-o a um ponto de referência reconhecível. Ao transformar algo desconhecido e incorporá-lo a rede de categorias já existente, torna-o membro desta categoria. Ou seja, o ancorar consiste em fixar algo em uma coisa que já é conhecida (Moscovici, 1981, 2003). Por exemplo: ao definir aids alguém chega e nos diz tratar-se de uma peste. Todo mundo sabe o que é uma peste e acaba classificando a aids como uma peste, embora, erroneamente. Ou seja, sabe-se bem o que é algo, e a partir daí aquilo que lhe é não-familiar, que não está claro, é ancorado naquilo que é conhecido. Um processo que transforma algo estranho em categorias comuns, familiares.

A representação é basicamente um processo de classificação e nomeação, um método de estabelecer relações entre categorias e rótulos. Aquilo que não é classificável e que não possui nome é estranho e ameaçador, desperta resistência e distanciamento. Quando se classifica

algo, significa que se incorpora um conjunto de comportamentos e regras que expressam o que é, ou não é, permitido em um determinado grupo. Porém, é impossível classificar sem nomear. Nomear significa sair do anonimato, significa uma posição na matriz de identidade da cultura (Moscovici, 1981, 2003).

O processo de objetivação visa transformar algo abstrato em algo concreto. O que está na mente se transfere para o físico, a fim de tornar visível uma realidade, o que possibilita tornar o novo, conhecido a partir do que já se conhece. A objetivação satura o conceito desconhecido de realidade, transformando-o em um bloco de construção da própria realidade. “Tendo primeiramente percebido em um universo puramente intelectual e remoto, ele emerge frente a nossos olhos, em carne e osso e de forma tangível” (Moscovici, 1981, p. 201).

As representações sociais possuem três dimensões (Moscovici, 1978): (a) *informativa*, que se relaciona com a organização dos conhecimentos que os indivíduos ou o grupo possuem a respeito de um determinado objeto social; (b) a *atitudinal*, que se refere à tomada de posição frente a um objeto representado; e, (c) a de *campo*, que constitui a idéia de modelo social, do conteúdo concreto e limitado de um aspecto preciso do objeto representado. Abric (1993/1998) complementa a terceira dimensão, o campo de representação, através da “Teoria do Núcleo Central”. Em 1976 esta teoria foi proposta pela primeira vez por Abric, com base na idéia de que as representações são compostas de elementos organizados e estruturados (Sá, 1996; Abric, 1998; Campos, 2003).

As representações possuem um papel fundamental na dinâmica das relações sociais e nas práticas, pois permitem ao indivíduo ou ao grupo dar sentido e compreender a realidade através de seu próprio sistema referencial. Segundo Jodelet (2001), a representação é vista como uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. E também como o produto e o processo de uma atividade mental, um guia para a ação (Abric, 1998).

A importância das representações na dinâmica das relações sociais e nas práticas pode ser compreendida através de quatro funções essenciais (Abric, 1998):

1. função de saber: as representações definem um quadro de referência comum que permite trocas sociais, transmissão e difusão do saber produzido pelo senso comum;

2. função identitária: as representações situam os indivíduos e os grupos dentro do campo social, garantindo proteção à suas especificidades;
3. função de orientação: as representações servem de guia para a ação, definindo o que é lícito, tolerável ou inaceitável em um determinado contexto social e;
4. função justificadora: as representações intervêm na avaliação das ações, permitindo aos indivíduos ou ao grupo explicar e justificar seus comportamentos e posicionamentos.

Uma representação se dá através de um conjunto de informações, de crenças, de opiniões e de atitudes (Abric, 1998) que se estrutura em torno de um duplo sistema: o sistema central constituído pelo núcleo central, e o sistema periférico constituído pelos elementos periféricos. Estes dois componentes das representações, núcleo central e elementos periféricos, funcionam como uma entidade onde cada um tem um papel específico e complementar. Permitem compreender uma das características básicas das representações: elas são ao mesmo tempo estáveis e móveis, rígidas e flexíveis. Além disso, são marcadas por fortes diferenças individuais ao mesmo tempo são consensuais (Abric, 2003).

O núcleo central estaria vinculado às condições históricas, sociológicas, aos valores sociais, e define a organização e o significado da representação (Campos, 2003; Abric, 1998; Sá, 1996). Se ausente, desestruturaria a representação ou lhe daria uma nova significação completamente diferente (Abric, 1998). Dentro da representação, é o elemento que mais resistirá à mudança. Ele assume duas funções essenciais, segundo Abric (1998, p. 31):

- *função geradora*: ele é elemento através do qual se cria, ou se transforma, o significado dos outros elementos constitutivos da representação. É através dele que os outros elementos ganham um sentido, um valor.
- *função organizadora*: é o núcleo central que determina a natureza dos elos, unindo entre si os elementos da representação. Nesse sentido, o núcleo é o elemento unificador e estabilizador da representação.

O levantamento do núcleo central é importante para conhecer o próprio objeto da representação, na medida em que ele é determinado tanto pela natureza do objeto, quanto pela relação do sujeito ou do grupo com este objeto (Sá, 1996).

Como complemento ao sistema central existiria o sistema periférico constituído por elementos periféricos da representação (Sá, 1996). O sistema periférico responde por três funções básicas: *concretização*, que permite o entendimento de uma representação em termos concretos a partir dos elementos originados pela ancoragem; *regulação*, que adapta os conteúdos e processos coletivos diante das mudanças do contexto externo; e *defesa*, que neutraliza e modifica alterações do meio evitando os ataques aos elementos centrais por parte da realidade. Essas três funções tornam este sistema mais apto a reagir diante de diferentes situações ou particularidades de cada situação (Abric, 1998; Campos, 2003).

A abordagem estrutural fornece contribuições quanto às transformações das representações sociais. Flament (2001) afirma que uma alteração no sistema central faz com que a representação se modifique. Porém, um ataque aos elementos periféricos decorrente de mudanças contextuais ou novas práticas sociais, não ameaça a representação, na medida em que o “núcleo central” fica protegido. Mas, para Moliner (2001), as representações podem sofrer alterações, pois se trata de um construto dinâmico. Essas alterações ocorrem em função de mudanças na relação que o grupo mantém com o objeto, nas relações intergrupais ou em outras mudanças no contexto social. Abric (2003) afirma que são necessárias duas condições para que ocorra alteração na representação em decorrência de mudanças nas práticas sociais: ataque ao núcleo central e irreversibilidade da situação.

Doise (1985) desenvolve outra linha de abordagem das representações, dando um peso ainda maior aos processos de ancoragem e buscando encontrar o princípio organizador das representações a partir de uma perspectiva mais sociologizante (Arruda, 2002a). Ou seja, dá ênfase aos pontos de referências que orientam o debate social e são esses pontos de referência que darão as condições e os termos de discussão e elaboração do pensamento sobre um objeto social (Walchelke & Camargo, 2007). Mais que as opiniões consensuais, as representações sociais são tomadas de posição simbólica.

Tanto a abordagem desenvolvida por Abric quanto a desenvolvida por Doise, podem ser encaradas como frutos da grande teoria, a teoria das representações sociais de Moscovici (1961), na medida em que cada uma enfoca um dos dois processos identificados por ele (ancoragem e objetificação). A abordagem estrutural de Abric dá ênfase aos estudos da objetificação e da organização interna das representações e a abordagem desenvolvida por Doise na Escola de Genebra, enfatiza principalmente a ancoragem do conhecimento a

dinâmicas sociais (Walchelke & Camargo, 2007). Ambas são importantes e suas características as tornam mais adequadas ou mais interessantes segundo o objeto e o objetivo que se tenha para pesquisar (Arruda, 2002a).

3.3.1 Representações Sociais no Campo da Saúde

Cinco séculos antes do nascimento de Cristo, os filósofos gregos elaboram os primeiros conceitos sobre saúde. Nesta época, mente e corpo deveriam ser compreendidos como entidades separadas, onde o corpo seria a indumentária física, composto de pele, músculos, ossos, coração e cérebro e a mente abarcaria os processos abstratos, incluindo pensamentos, percepções e sentimentos. Na Idade Média, a igreja passa a influenciar a relação saúde-doença, enfatizando a influência demoníaca sobre a saúde, caracterizando doença como decorrência de uma punição divina. Esta dicotomia permaneceu por toda a Idade Média e Renascimento (Scliar, 2007).

Durante os séculos XVIII e XIX, graças ao surgimento do microscópio e das técnicas de dissecação em cadáveres, a Medicina e as Ciências passaram a explicar as doenças a partir de processos fisiológicos, decorrentes de desequilíbrios bioquímicos, infecções viróticas, bacterianas, dentre outros. Tal visão de doença mantém desconsideração a interferência de processos psicológicos e sociais, e ainda hoje, caracteriza-se como uma visão dominante na área médica (Scliar, 2007).

Porém, saúde e doença não representam o mesmo para todas as pessoas. Depende da época, do lugar, da classe social. Depende de valores individuais, de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O tema saúde, que por muitas décadas era privilégio da medicina e das áreas biológicas, passa, a partir da década de 70 do século XX, a ser tema de interesse para estudos antropológicos, sociológicos e psicológicos, o que permite uma melhor compreensão dos vários aspectos envolvidos.

Camargo, Wachelke e Aguiar (2007) realizaram um estudo sobre o desenvolvimento metodológico das pesquisas sobre representações sociais em jornadas internacionais e constataram que no período de 1998 a 2005, em uma das dimensões analisadas, a área de aplicação, a saúde aparece com um crescimento importante. Na primeira jornada, o percentual de resumos foi de 15,7 % e, na jornada realizada em 2005, 29,1 %. O estudo das representações sociais em saúde veio mostrar que o processo saúde/doença é permeado de elementos culturais, sociais e

econômicos, sendo compreendido e vivenciado diferentemente pelos vários atores que dele participam a partir de suas realidades cotidianas.

Rummler e Spínola (2005), analisando um amplo elenco de trabalhos empíricos da área de saúde editados entre 2002 e 2004, verificaram que, numa lista de 46 periódicos nacionais indexados da área da saúde, 45 artigos de pesquisa focalizavam representações sociais fundamentando-se na teoria das representações sociais, ressaltando que a área da Enfermagem e da Saúde Pública/Coletiva foram as que mais utilizaram publicações baseadas nessa teoria. A presença de profissionais e pesquisadores vinculados a essas áreas destaca a articulação entre aspectos acerca do conhecimento oriundo da saúde com as ciências sociais.

Arruda (2002b) também salienta a importância da teoria das representações sociais para o estudo das questões relativas à saúde em função da mudança no sentido da saúde, que se transforma também em um fato cultural. Gomes, Mendonça e Pontes (2002) analisaram as relações entre representações sociais e a experiência da doença e destacam a necessária articulação entre a experiência da doença e seu contexto de produção material e simbólica.

Para Oliveira (2011), alguns pontos foram importantes para que a teoria das representações sociais no campo da saúde se consolidasse cada vez mais, como por exemplo: a articulação da teoria com os paradigmas orientadores da área da saúde na atualidade justificada pelo caráter interdisciplinar dos objetos de estudo; a pesquisa voltada para a análise da constituição de um conhecimento do senso comum sobre a saúde e a doença. Quanto mais complexas as representações de saúde e doença, tanto mais complexas serão as demandas por saúde.

As representações sociais permitem a compreensão da organização da vivência corporal e das relações dos sujeitos com a saúde. Constituem-se também, como variáveis explicativas tanto da defasagem constatada entre os dados epidemiológicos, quanto do acesso dos sujeitos ao sistema médico, na medida em que reconhecem a existência de uma forma específica de saber, o senso comum, e suas ligações com a constituição de um saber técnico-científico. Além disso, as representações sociais permitem a compreensão dos limites de eficácia das campanhas educativas de orientação das condutas de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de adesão aos tratamentos (Jodelet, 1998). Considera-se que as representações sociais da saúde/doença interagem para determinar concepções específicas de necessidades humanas e de saúde (Oliveira, 2011), significa reconhecer

que elas (as representações) facilitam e é a condição necessária à comunicação social.

Estudo desenvolvido por Guedes (2005) avaliou como se expressam as crenças de pessoas portadoras de hipertensão arterial e identificou como estas pessoas percebem os riscos de complicações da mencionada hipertensão: a susceptibilidade, e a severidade da doença; os benefícios do tratamento adequado e contínuo; e as barreiras enfrentadas para o seguimento do tratamento prescrito e os estímulos para a ação. Participaram 103 pacientes adultos e os resultados mostraram que, embora o grupo apresente comportamentos e crenças em relação à severidade da doença, aos benefícios do tratamento, e reconheça barreiras para o tratamento, não consegue mostrar bom perfil de adesão.

Outro estudo sobre as representações sociais de 25 mulheres a respeito de sua condição de portadoras de hipertensão arterial (Costa e Silva, Barbosa, Oliveira, Gouveia, Nunes & Alves, 2008) apontou para a saliência das explicações sobre o tratamento e controle da doença, diretamente relacionadas à sua convivência no âmbito familiar. O controle da hipertensão arterial no convívio familiar ressalta os elementos sócio-cognitivos e os aspectos sócio-culturais e psicológicos das portadoras, determinam seus posicionamentos e atitudes no enfrentamento da doença. O estudo também revelou crenças geradoras de preocupações relacionadas à observação rigorosa dos horários da medicação. Para as portadoras, ao não serem cumpridos ou alterados os horários, por esquecimento e/ou excesso de tarefas, a medicação não pode mais ser “tomada”, pois, elas acreditam que o “remédio” tomado fora de determinados “horários” traz malefício à saúde ao invés de controlar a pressão arterial.

No que se refere a dieta alimentar para pessoas que vivem com DM, o estudo desenvolvido por Barsaglini e Canesqui (2010) revelou que, ao tomar as representações e a experiência com a dieta alimentar e a alimentação a partir dos relatos dessas pessoas, assume-se a interpenetração entre os termos, relativizando as determinações externas e internas (objetivas e subjetivas, respectivamente) e evitando-se os reducionismos. O resultado revela que o manejo de dietas e da alimentação é complexo e envolve aspectos relacionados às condições objetivas de vida, às dimensões socioculturais valorativas e ideativas. A restrição alimentar imposta por essa condição crônica torna-se um desafio importante para o controle da doença, pois para essas pessoas a alimentação prescrita e restritiva é avaliada como “insuficiente” ou “inadequada”, podendo provocar debilidades física e moral veiculadas

nas representações da “magreza” e “fraqueza” em oposição à corpulência e à força.

Além da restrição alimentar, o diabetes é responsável por várias complicações orgânicas, como já relatado anteriormente, e, uma delas, o pé diabético, muitas vezes obriga a pessoa a submeter-se a amputação desse membro ou de membros inferiores. Ainda que a amputação tenha um caráter reconstrutor, na medida em que melhora a qualidade de vida do paciente, para muitos ela é vista como mutiladora e modificadora do cotidiano. Silva et al. (2010) conduziram um estudo cujo objetivo foi caracterizar as representações sociais de diabéticos sobre o seu corpo após a amputação e analisar a relação dessas representações para o cuidado de si. O estudo contou com a participação de 20 pessoas e as representações que surgiram após a amputação é a de que são incapazes, inúteis, pois já não são mais produtivos como antes. O corpo amputado produz uma auto imagem negativa, uma rejeição desse corpo que já não pode mais trabalhar e se torna dependente de familiares, amigos. Outro dado interessante é o fato de que antes, com um corpo saudável, não havia a preocupação com o mesmo, pois tudo funcionava. Após a confirmação do diabetes e a cirurgia de amputação, começaram a valorizar o ato de cuidar de si.

Outro estudo, sobre representações sociais do pé diabético para pessoas com DM 2, constatou que, movidos pelas representações de alterações e ameaças, as pessoas buscam no cuidado a esperança de não desenvolverem essa doença. Porém, se a doença surge, o sentimento de culpa por conhecerem as complicações oriundas do DM e não se cuidarem aparece e, ao mesmo tempo, os motiva a tentar reverter o prognóstico (Coelho, Silva & Padilha, 2009).

Estes são alguns dos estudos no campo da Psicologia Social sobre RS que têm como foco o processo saúde-doença e a constatação de três campos de relações: as relações entre representações e práticas de saúde nos grupos sociais, as relações entre o senso comum e o saber técnico-profissional, e os diferentes níveis de percepção da realidade nesse processo, com os quais a presente pesquisa visa contribuir.

3.4 ATITUDES E TEORIA DO COMPORTAMENTO PLANEJADO

O conceito de atitude é um dos mais antigos da Psicologia Social e sobrevive aos diferentes níveis de explicação presentes nessa área. Em 1918 Thomas e Znanieck apresentam o conceito de atitude sugerindo uma associação dos valores sociais e das atitudes psicológicas, ou seja, elementos que são próprios ao modo de vida de um grupo e as

disposições para agir próprias dos indivíduos. Em 1935 Allport afirmou que o conceito de atitudes era o mais distintivo e indispensável na psicologia (Jesuíno, 2011), e descreveu a atitude não como um comportamento, uma resposta, mas como uma “influência” sobre o comportamento do indivíduo. Face ao destaque que o constructo recebeu, inúmeras foram as definições propostas, porém, a partir do surgimento de instrumentos de medida para as atitudes por volta dos anos 30, observa-se uma ênfase nas diferenças individuais com o intuito de situar diferentes indivíduos em relação a objetos específicos em detrimento aos valores sociais (Doise, 2001).

Thurstone, em 1946, considerou a atitude como a intensidade de afeto positivo ou negativo dirigido a um objeto psicológico. Na mesma época, Doob e Lott conceituaram a atitude como uma resposta avaliativa em relação a um objeto (Fishbein & Azjen, 1975). Wicker (1969), após uma revisão sobre o conceito de atitude, constata duas concepções gerais de atitude: a) são respostas mais ou menos consistentes com um grau de organização e previsibilidade; e b) são variáveis latentes subjacentes, processos internos que dão sentido e consistência às respostas de uma pessoa.

Rodrigues, Assmar e Jablonski (2002), a partir da compilação de várias definições, afirmam que a maioria dos estudiosos das atitudes considera que tal constructo é composto por três componentes ou dimensões: cognitivo, afetivo e comportamental. No *componente cognitivo* temos as crenças, o preconceito, o conhecimento. As crenças podem ser informacionais, se indicam o que a pessoa acredita sobre os fatos de uma situação; e avaliativas, quando indicam o que a pessoa acredita sobre o lado bom, lado mau, lado justo, lado injusto de diferentes situações. O *componente afetivo* aponta características nítidas das atitudes sociais, porque implica em sentimento pró ou contra; e, o *componente comportamental*, refere-se às tendências para ação que decorre da interação entre o cognitivo e o afetivo, prevendo a ação do indivíduo na intenção de adotar um comportamento.

As atitudes continuam a ser alvo de investigação e é possível observar a existência de algumas diferenças entre as definições mais antigas, como as de Thomas e Znaniecki em 1918 e Allport em 1935, e as definições mais recentes, como as de Fishbein e Ajzen em 1975, ou Fazio em 1990. Nas primeiras definições é destacada a vertente da atitude individual e a sua influência na orientação para a ação. Nas definições mais atuais destaca-se essencialmente um componente avaliativo, como também o conceito passa a permitir uma melhor compreensão do social. Para Fishbein e Ajzen (1975), a atitude consiste

numa predisposição para responder de forma favorável ou desfavorável em relação a objetos, pessoas, instituições ou acontecimentos. Já para Fazio (1990) o conceito de atitude envolve uma associação entre um objeto (situações sociais, indivíduos, problemas sociais, etc.) e uma avaliação relativa a esse objeto, que se encontra armazenada na memória.

A atitude não é diretamente observável, ela é uma variável latente explicativa da relação que o indivíduo estabelece entre a situação em si e seu comportamento. Ou seja, para Lima (2006) a atitude seria uma inferência sobre os processos psicológicos e sua expressão se dá através de um julgamento avaliativo. Esse julgamento possui três características: a sua direção (favorável ou desfavorável), a sua intensidade (forte ou fraco) e a sua acessibilidade, que se refere à probabilidade da atitude ser ativada automaticamente na memória.

A possibilidade de previsão do comportamento a partir da atitude desperta o interesse nos principais focos de estudo da Psicologia Social. Nesse sentido, a teoria da ação refletida (Fishbein & Ajzen, 1975) ao proporcionar um modelo que permite correlacionar, de forma consistente, a atitude e o comportamento, tem sido usada com frequência na explicação e descrição do comportamento nas mais variadas situações, assim como a teoria do comportamento planejado (TpB), que surgiu como um desenvolvimento da teoria anterior (Ajzen, 1985).

A TpB (Ajzen, 1985, 1991, 2001) aponta para o fato de que as pessoas agem conforme suas intenções e percepções de controle sobre o comportamento e que, portanto, as intenções são influenciadas pelas atitudes frente ao comportamento, pelas normas subjetivas percebidas e também pela percepção do controle comportamental. Como regra geral, quanto mais favorável a atitude e a norma subjetiva no que se refere a um comportamento, e quanto maior for a percepção do controle comportamental, maior será a intenção de um indivíduo de realizar um comportamento.

O presente estudo adota a proposta de Ajzen (2001) quanto à definição de atitude e a sua relação com o comportamento. De acordo com essa proposta, as pessoas podem apresentar simultaneamente duas atitudes diferentes para um determinado objeto no mesmo contexto: uma atitude implícita ou habitual, a outra explícita. Isso dependerá da crença associada ao objeto com um determinado atributo, pois a atitude global da pessoa em direção a um objeto é determinada pelos valores subjetivos dos atributos do objeto em interação com a força das associações. Embora as pessoas possam formar diferentes crenças sobre

um objeto, presume-se que apenas crenças que são facilmente acessíveis na memória influenciarão a atitude a qualquer momento.

A TpB é uma teoria voltada para prever e explicar comportamentos humanos em ambientes específicos e é uma extensão da teoria da ação refletida proposta por Fishbein e Ajzen (1975). Tal qual a teoria da ação refletida, o fator central da TpB é a intenção de realizar determinado comportamento. A intenção seria então determinada por três construtos: a atitude, a norma subjetiva e a percepção de controle comportamental (Ajzen, 1991).

Tanto a atitude, como a norma subjetiva e a percepção de controle comportamental, consideradas medidas diretas da intenção comportamental, possuem subcategorias ou medidas indiretas: as crenças comportamentais, as crenças normativas e as crenças controle (Ajzen, 2002).

O diagrama da figura 1 apresenta o modelo da TpB.

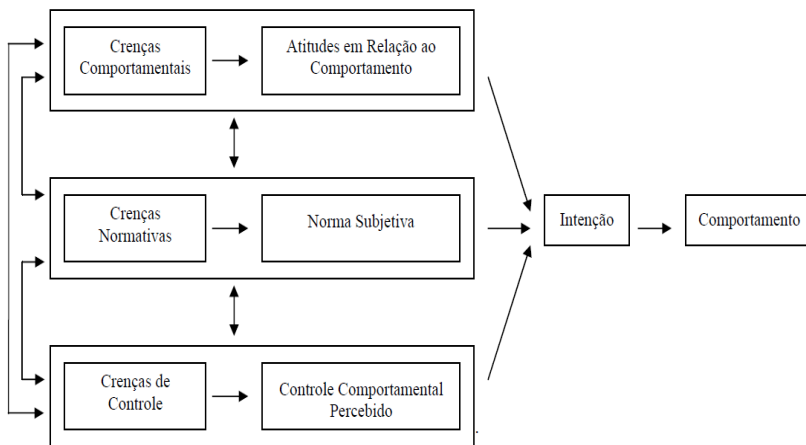


Figura 1: Modelo da Teoria do Comportamento Planejado (Ajzen, 1991).

A atitude para com o comportamento é o grau em que o desempenho do comportamento é avaliado positiva ou negativamente. Por exemplo, o comportamento de realizar atividade física irá diminuir o risco de complicações para o DM 2 é avaliado de forma positiva ou negativa e diminuir complicações é desejável/indesejável. As crenças

comportamentais indicam os prováveis resultados do comportamento e avaliações destes resultados.

A norma subjetiva origina-se da percepção do indivíduo a respeito da aprovação ou não de determinado comportamento por pessoas importantes para ele. Ou seja, é a percepção sobre as pressões sociais sofridas pelo indivíduo para realizar ou não uma ação. Caracteriza-se pelos aspectos da influência social sobre a intenção comportamental. As crenças normativas referem-se àquilo que o indivíduo acredita que irá acontecer caso ele se comporte de um jeito, ou seja, a avaliação das consequências do comportamento; originadas das pressões sociais presentes no grupo ao qual o indivíduo pertence e a motivação para concordar com essas pessoas importantes para ele.

A percepção de controle comportamental seria os recursos e as oportunidades disponíveis para um indivíduo e que, de certa forma, ditam a probabilidade de realização comportamental. Porém, mais importante do que um controle real, é a percepção de controle comportamental. Este se refere à percepção da facilidade ou da dificuldade em realizar um comportamento de interesse, podendo variar entre situações e ações. Nesse sentido, a perspectiva da percepção de controle comportamental é compatível com o conceito de auto-eficácia de Bandura (Ajzen, 1991). As crenças controle indicam a presença de fatores que podem facilitar ou dificultar o desempenho do comportamento ou da percepção sobre o poder desses fatores.

As crenças desempenham um papel central na TpB. Elas fornecem o funcionamento cognitivo e afetivo que serve de base para as atitudes, as normas subjetivas e a percepção de controle comportamental (Ajzen, 2006).

Na TpB, a intenção seria a indicação de que uma pessoa está pronta para desempenhar um determinado comportamento, e é considerada como o antecedente imediato do comportamento (Ajzen, 2006; Francis et al, 2004). A intenção é baseada na atitude para o comportamento, norma subjetiva e percepção do controle comportamental. Embora não exista uma perfeita relação entre a intenção comportamental e comportamento real, a intenção pode ser usada como uma medida de comportamento proximal. Esta observação foi uma das mais importantes contribuições da TpB, em comparação com anteriores modelos que relacionavam comportamento e atitude. Assim, as variáveis apresentadas na TpB podem ser usadas para determinar a eficácia da implementação de intervenções, mesmo que não haja uma medida do comportamento real disponível (Francis et al, 2004).

A aplicação da TpB na área da saúde pode ser observada em vários estudos que mostram a eficiência do modelo para explicar e prever comportamentos relacionados a saúde. White, Terry, Troup e Rempel (2007) analisaram as crenças entre os adultos diagnosticados com DM 2 e doença cardiovascular que aderem ou não a uma dieta com baixo teor de gordura e a atividade física regular. No estudo, 192 participantes responderam um questionário sobre seu comportamento, crenças normativas e crenças em relação ao controle regular ou moderado da atividade física, bem como ingerir alimentos com baixo teor em gorduras saturadas. Os resultados revelaram que, em geral, as crenças comportamentais são importantes determinantes tanto para a atividade física como para o consumo de alimentos com baixo teor de gordura. Alguns indícios sugerem que a pressão de outros significativos é uma consideração importante para o baixo consumo de gordura.

Outro estudo entrevistou 36 pessoas diagnosticadas com várias doenças crônicas e a análise de conteúdo das respostas identificaram como determinantes a atitude negativa para a adoção de comportamentos de saúde, tanto em termos de incentivo como desencorajamento para a adoção. As principais referências que influenciaram a adoção de comportamento saudável foram: os membros da família, as redes sociais, e os profissionais de saúde (Hwu & Yu, 2006).

Sjoberg, Kim e Reicks (2004) aplicaram a TpB para a ingestão de frutas e verduras entre os adultos mais velhos. O questionário foi aplicado a 205 idosos. Através das análises de regressão que a teoria constrói, constatou-se que mais de 40% relataram a intenção de ingerir frutas e verduras. A percepção de controle comportamental foi a mais importante para explicar tanto a intenção e a ingestão, seguido de atitudes e normas subjetivas. O estudo aponta que o controle das crenças estava relacionado à conveniência, preferências, tempo, disponibilidade e fazer refeições fora de casa.

4 MÉTODO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA²

A presente pesquisa assumiu um caráter *descritivo, comparativo e explicativo*. *Descritivo*, na medida em que estudou as características de um grupo (pessoas com DM 2) em relação aos seguintes fenômenos: representações sociais do DM 2 e intenção comportamental para o tratamento; *comparativo*, pois comparou as representações sociais do DM 2 e a intenção comportamental para o tratamento para pessoas com DM 2 que aderem e que não aderem a medicação e, ainda *explicativo*, porque examinou as relações entre as representações sociais do DM 2 e a intenção comportamental para o tratamento e a influência destas no processo de adesão ao tratamento.

Estudos descritivos auxiliam na compreensão de propriedades importantes de pessoas ou grupos, pois conseguem avaliar cada aspecto investigado de forma independente, mas também exige do pesquisador um conhecimento considerável da área, a fim de elaborar perguntas específicas buscando uma familiarização do fenômeno (Sampieri, Collado & Lucio, 1994; Cozby, 2003; Richardson, Peres, Wanderley, Correia & Peres, 2008; Gil, 2008). Já os estudos explicativos aprofundam o conhecimento de uma determinada realidade e têm como objetivo primordial, identificar fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência de fenômenos (Gil, 2008).

O levantamento das informações necessárias para esta pesquisa foi realizado em duas etapas: a primeira, uma pesquisa junto aos prontuários de pessoas que vivem com diabetes a fim de determinar os possíveis participantes do estudo; e a segunda etapa, um levantamento de dados empíricos. A segunda etapa foi dividida em dois estudos: o primeiro estudo (Estudo 1) utilizou a observação indireta (entrevistas) com o intuito de identificar as representações sociais do diabetes e do tratamento em pessoas que vivem com DM 2 (apêndice A). O segundo estudo (Estudo 2) utilizou um instrumento misto, um questionário com perguntas abertas e fechadas abrangendo dados demográficos, socioeconômicos e clínicos dos grupos aderente e não aderente a medicação e uma escala para medir intenção comportamental para o tratamento (apêndice B).

² Pesquisa financiada pelo Edital Universal MCT/CNPq 14/2010.

4.2 PARTICIPANTES

No Estudo 1 participaram 40 pessoas que vivem com o diabetes, divididas em dois grupos: 20 aderentes à medicação (dez homens e dez mulheres) e 20 não aderentes (dez homens e dez mulheres). No Estudo 2 participaram 167 pessoas, sendo 82 pertencentes ao grupo aderente à medicação (40 homens e 42 mulheres) e no grupo não aderente foram 85 participantes (40 homens e 45 mulheres). Cabe destacar que o número total de participantes da pesquisa no estudo 2 se justifica em virtude de um dos instrumentos utilizado (Escala para Medir Intenção Comportamental), baseado na TpB (Azjen), pois esse número é suficiente para o tratamento estatístico (Francis et al. 2004).

A amostra dos participantes num primeiro momento foi aleatória e composta tomando-se por base o relatório referente a janeiro de 2010, contendo as informações consolidadas sobre a distribuição das pessoas com DM no município de Itajaí (SC)³, fornecido pelo Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB). Nesse relatório constatou-se que havia 2658 pessoas com DM, distribuídas em 33 equipes de Estratégia de Saúde da Família. Essas informações foram usadas para o cálculo do tamanho da amostra necessário para o desenvolvimento do estudo.

Para se chegar a distribuição do percentual de pessoas com DM nas 33 equipes utilizou-se uma regra de três que possibilitou a todas as equipes fornecerem de forma igualitária participantes para a pesquisa. Em seguida, a partir da lista de prontuários das famílias com pessoas com DM cadastradas nas equipes, procedeu-se um sorteio desses prontuários a fim de obter uma lista de possíveis participantes (Anexo A). Assim obteve-se o número de participantes desejado em cada equipe.

Importante destacar que as pessoas que participaram do Estudo 1 poderiam participar do Estudo 2, embora isso não tenha sido uma condição obrigatória na pesquisa. Todos foram contatados, porém, aqueles participantes do Estudo 1 que não foram encontrados no período em que ocorreu a coleta do Estudo 2 ficaram fora da amostra.

³ O município, que possui uma população estimada em 170 mil habitantes, conta com 33 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e mais quatro equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), implantadas nas 22 Unidades Básicas de Saúde (UBS), responsáveis pela cobertura de 70% dos atendimentos realizados pela Secretaria da Saúde do Município. Fontes: IBGE 2009, Plano Municipal de Itajaí (2010-2013).

Referente aos critérios estabelecidos para a composição dos grupos cabe destacar que, inicialmente a divisão dar-se-ia de acordo com a adesão ao tratamento do diabetes observando os aspectos preconizados pela literatura (uso correto de medicação, alimentação saudável e prática de exercícios físicos), já descritos anteriormente. No entanto, incluir pessoas que apresentavam adesão ao tratamento como um todo, tornou-se inviável e incompatível com a realidade dessa doença. Diante dessa constatação, os critérios estabelecidos para a divisão dos grupos foram:

Grupo 1 (aderentes à medicação): pacientes que possuem diagnóstico de DM 2 com idade igual ou maior de 40 anos, cujo tratamento não tenha iniciado com prescrição de insulina, porém, não foram excluídos aqueles indivíduos que, no decorrer do tratamento tiveram prescrição de insulina; freqüentaram no mínimo duas consultas no período do último ano; realizaram a última consulta a no máximo seis meses do início da data de coleta de dados; e, não se esqueciam de tomar a medicação e não eram descuidados quanto a hora de tomar os remédios.

Grupo 2 (não aderentes à medicação): pacientes que possuem diagnóstico de DM 2 com idade igual ou maior de 40 anos, e que há mais de seis meses não freqüentaram consultas médicas e não compareciam na Unidade Básica de Saúde; esqueciam de tomar a medicação ou eram descuidados quanto a hora de tomar os remédios.

4.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

4.3.1 Estudo 1

A entrevista semi estruturada foi o instrumento utilizado nesse estudo e o material textual serviu para caracterização das representações sociais do DM 2 (Apêndice A). Moscovici (1978) propôs a análise das representações sociais considerando-se três dimensões: (a) a dimensão do campo da representação ou imagem; (b) a dimensão da informação; e, (c) a dimensão da atitude. Os dados obtidos com esta entrevista pertencem à dimensão da informação, pois se referem à quantidade e à qualidade de informações que os grupos (aderente e não aderente) têm a respeito do DM 2. Ou seja, tudo que conhecem acerca do objeto da representação. As questões elaboradas contemplam os principais elementos que, nesse estudo, compreenderam: conhecimentos sobre o DM 2, o tratamento da doença e a adesão ao tratamento.

Para Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1999) e Padua (2000), a entrevista semi-estruturada trata-se de uma técnica de coleta de informações onde o entrevistador organiza um conjunto de questões, apoiadas em teorias e hipóteses sobre o tema estudado. Tal técnica oferece liberdade e espontaneidade necessárias para o entrevistado falar livremente sobre assuntos que vão surgindo, enriquecendo a investigação. Assim, o entrevistado segue espontaneamente sua linha de pensamento e experiências a partir do foco principal colocado pelo entrevistador e participa da elaboração do conteúdo da pesquisa.

4.3.2 Estudo 2 (Intenção comportamental para adesão ao tratamento do DM2)

Nesse estudo foi utilizado um instrumento misto para levantamento de dados elaborado pelo Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição (LACCOS)⁴, com o intuito principal de atender aos objetivos dessa pesquisa. Inicialmente os participantes respondiam a uma escala, o Teste de Morisky e Green-Levine (1986), para determinar se eram aderentes ou não aderentes à medicação. A escala envolve as seguintes indagações: 1) O(a) senhor(a), às vezes, esquece de tomar os remédios?; 2) O(a) senhor(a) é descuidado(a) com a hora de tomar seus remédios?; 3) Quando o(a) senhor(a) se sente bem, o(a) senhor(a) às vezes para de tomar os seus remédios?; 4) Algumas vezes se o(a) senhor(a) se sente mal quando toma o remédio, o(a) senhor(a) pára de tomar? Os participantes responderam de forma dicotômica, isto é, “sim/não”. Um sim equivale a zero ponto, enquanto um não equivale a 1 ponto. Admite-se que o paciente é mais aderente ao tratamento medicamentoso, caso ocorra quatro pontos; por sua vez, três ou menos pontos no teste indicam que o indivíduo é menos aderente ao tratamento medicamentoso. Em seguida dava-se início ao questionário propriamente dito (Apêndice B), o qual era composto de duas partes:

⁴ Sob a coordenação do prof^o Dr Brígido Vizeu Camargo, o LACCOS criado em 25/05/1991, tem por objetivos: desenvolvimento de pesquisas científicas na área de Psicologia Social, abordando problemas ligados a questões representacionais, ao conhecimento socialmente compartilhado, a comunicação social e a difusão de diferentes formas de conhecimento humano no campo da saúde, da imagem corporal e do envelhecimento; ensino da Psicologia Social e da Teoria das Representações Sociais na graduação e pós-graduação; ensino e consultoria em métodos e procedimentos de pesquisa e na análise quantitativa de dados textuais. Endereço eletrônico: www.laccos.org

Parte 1: Questionário com questões referentes a dados demográficos e socioeconômicos (idade, escolaridade, condição sócio econômica, situação familiar, raça), e questões relacionadas ao diabetes e ao seu tratamento, predominantemente fechadas. Além dessas perguntas outras duas, definição do diabetes, e quais vantagens em seguir o tratamento, compõem essa primeira parte.

Parte 2: Escala para Medir Intenção Comportamental composta de 30 itens. A escala foi construída seguindo o modelo proposto pela Teoria da Ação Planejada de Ajzen (1991).

A elaboração da escala está compatível com o comportamento de interesse, ou seja, adesão ao tratamento do diabetes e foi definida em termos de quatro elementos: alvo (*target*), ação (*action*), contexto (*context*) e tempo (*time*) (Ajzen, 2002; 2006). Outro aspecto observado na elaboração da escala refere-se a sua orientação. A escala está orientada pelos princípios de compatibilidade, especificidade e generalidade, e avaliou as três variáveis preditoras previstas no modelo da TpB: atitude, norma subjetiva e percepção de controle comportamental (Ajzen, 2002, 2006), utilizando a escala de diferencial semântico com cinco pontos.

O diferencial semântico foi desenvolvido no final dos anos 50 por Osgood, Suci e Tannenbaum, para explorar as dimensões do significado de objetos, símbolos ou representações sociais (Martins & Teóphilo, 2007) e pode ser utilizado nos estudos que avaliam o que as pessoas pensam sobre questões específicas (dieta, remédio), locais (rua, parque, academia); pessoas (médicos, pais, amigos); ou comportamentos (realizar atividade física, comer alimentos saudáveis).

Todos os itens da escala foram organizados de modo que as extremidades da escala constituíssem uma combinação de binômios de oposição, com um padrão de pontos positivos e negativos em cada um deles. Para medir a atitude, os itens do questionário captaram a avaliação global acerca do comportamento; para medir a norma subjetiva, a opinião de pessoas importantes; e para medir a percepção de controle comportamental, a confiança que as pessoas têm em relação à capacidade de realizar o comportamento de interesse.

A construção dos itens da escala ocorreu a partir de um levantamento mais aprofundado das principais referências bibliográficas e pesquisas em artigos nacionais e internacionais relacionados aos pressupostos teóricos sobre DM 2 e aplicação da TpB para a área da saúde.

Para o processo de validação do instrumento, a escala foi submetida à análise de dois tipos de juízes: *técnicos* para avaliar a parte semântica e *experts* para avaliar a pertinência em relação aos constructos. Estes procedimentos configuraram os primeiros passos para dois tipos de validação, de Face e de Conteúdo, conforme sugerem Francis et al. (2004).

Por dificuldades relacionadas ao acesso aos participantes e disponibilidade de tempo e horário da pesquisadora em dirigir-se até as unidades de saúde a fim de realizar um Estudo Piloto, essa etapa não pode ser realizada. Porém, profissionais de saúde que atuam junto a essa população e trabalham na mesma instituição de ensino superior que a pesquisadora, auxiliaram na adaptação da escala com relação à correção semântica, à detecção de ambigüidades nas afirmativas, à garantia de compreensão por parte de todo estrato, dentre outros aspectos de adequação do instrumento à população investigada.

Ajzen (2002) recomenda que os itens utilizados para avaliar atitudes devam ser intercalados com itens que medem normas subjetivas e também percepção de controle comportamental. A Tabela 1 apresenta a distribuição dos itens da escala (Apêndice B), conforme as variáveis preditoras.

Tabela 1: Itens da escala referentes as variáveis preditoras para intenção comportamental.

VARIÁVEIS	ITENS DA ESCALA
Atitude (A)	1 . 4 . 7
Normas Subjetivas (NS)	2 . 10 . 12
Percepção Controle Comportamental (PCC)	6 . 13 . 15
Intenção Comportamental (IC)	3 . 14 . 17
Crenças Comportamentais (CRECOMP)	9 . 11 . 21 23 . 25 . 26
Crenças Normativas (CRENORM)	5 . 8 . 16 19 . 27 . 28
Crenças Controle (CRECONT)	18 . 20 . 22 24 . 29 . 30

Conforme a Tabela 1, observa-se a distribuição dos itens referentes as medidas que compõem o modelo da TpB. Para as medidas diretas foram elaborados nove itens (três para cada medida: atitude, norma subjetiva e percepção de controle comportamental), além de três

itens para intenção comportamental. Para as medidas indiretas (crenças comportamentais, crenças normativas e crenças controle) seis itens para cada uma delas.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

Inicialmente foram estabelecidos contatos com a Secretaria Municipal de Saúde e com a coordenação das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF)⁵, para que a pesquisa pudesse ser autorizada seguindo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS 196/96). Posteriormente, a mesma foi aprovada junto ao Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (parecer nº 226/09). A partir de então a pesquisadora iniciou a identificação de pessoas que vivem com DM no Sistema de Identificação da Atenção Básica (SIAB) do município, a fim de definir a amostra da pesquisa, conforme critérios descritos anteriormente.

De posse da lista de possíveis participantes, a pesquisadora dirigiu-se aos coordenadores das equipes de ESF que funcionam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), local onde as pessoas que vivem com DM 2 são atendidas, a fim de iniciar as leituras dos prontuários para a definição dos grupos aderente e não aderente ao tratamento. A falta de registro sistemático acerca das informações necessárias conforme os critérios estabelecidos anteriormente (data da última consulta, uso de medicamentos, informações sobre o tratamento realizado), ou mesmo não serem encontrados na UBS, obrigava a pesquisadora a descartar esse possível participante e uma nova busca de informações em outro prontuário era iniciada. Mesmo assim, as informações encontradas referiam-se ao diagnóstico de DM e ao registro da expressão “diabetes descompensada”. Como a média de participantes por equipe era em torno de quatro, o sorteio prévio selecionava três vezes mais esse número a fim de que fosse mantido o número de participantes por equipe (Anexo A). Quando isso ocorria, dava-se por encerrado a busca naquela equipe.

⁵ O trabalho de equipes da ESF é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

O fluxograma (Figura 2) apresenta as etapas percorridas até se chegar a lista de possíveis participantes:

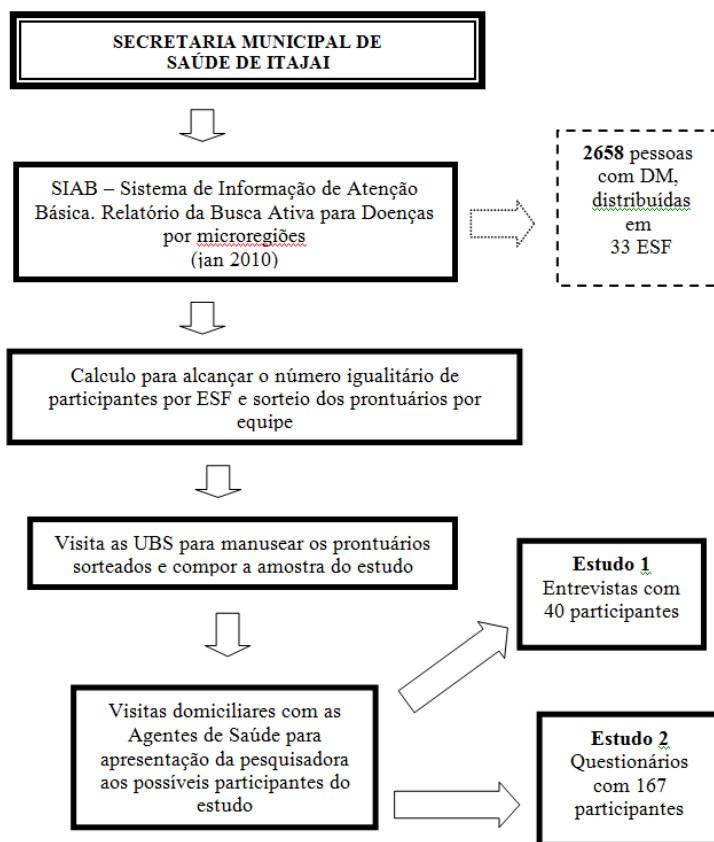


Figura 2: Etapas percorridas para a definição da amostra.

Para a coleta de dados no Estudo 1 a pesquisadora procedeu da seguinte forma: contato com as agentes de saúde responsáveis pela cobertura de famílias em uma determinada micro área; visitas domiciliares com as agentes nas residências das famílias sorteadas e selecionadas a fim de que a pesquisadora fosse apresentada à essas pessoas; explicação sobre os objetivos da pesquisa e apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice C). Após a autorização quanto à participação no estudo, era agendada uma data para

a realização da entrevista; todas as entrevistas aconteceram nas residências dos participantes em situação individual, e sua duração teve uma média de 40 minutos. Todas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Para a coleta de dados no Estudo 2⁶ a pesquisadora procedeu da seguinte forma: retomou o contato com as agentes de saúde que auxiliaram nas visitas domiciliares do Estudo 1 e realizou visitas nas residências das famílias que haviam sido sorteadas e que ainda não tinham sido contatadas, como as que já haviam participado do Estudo 1, a fim de alcançar o número da amostra para esse estudo. A pesquisadora, ao ser apresentada a essas pessoas, apresentava os objetivos da pesquisa e explicava como se daria a aplicação do questionário e, em seguida, apresentava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a autorização quanto à participação no estudo, dava-se início a aplicação do questionário. Toda aplicação do questionário foi gravada para que posteriormente houvesse a transcrição das questões referentes a definição do diabetes, e as vantagens em seguir o tratamento. Na aplicação da escala montaram-se cartões com cada item e suas respectivas respostas com letra legível a fim de que os participantes apontassem suas respostas de escolha que eram anotadas na escala pela pesquisadora, seguindo a seguinte instrução: *As perguntas neste questionário fazem uso de escala de classificação com 5 lugares, o(a) senhor(a) deve indicar o número que melhor descreve a sua opinião. Por favor, responda cada uma das seguintes questões indicando o número que melhor descreve a sua opinião. Algumas das perguntas podem parecer semelhantes, mas elas são questões um pouco diferentes. Por favor, dedique mais alguns minutos para nos dizer o que pensa sobre o seu tratamento para o diabetes. Não há respostas certas ou erradas, estamos apenas interessados em suas opiniões pessoais.*

4.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

4.5.1 Estudo 1

Para a análise do material textual obtido por meio da Entrevista semi-estruturada (Estudo 1), foi realizada uma análise lexical e uma classificação hierárquica descendente de segmentos de texto, com auxílio do software ALCESTE – *Analyse Lexicale par Contexte d'un*

⁶ A coleta de dados do Estudo 2 também contou com a participação de acadêmicos treinados pela pesquisadora, como forma de agilizar a coleta junto a essa população.

Ensemble de Segments de Texte (Camargo, 2005) e uma análise de conteúdo do tipo temático-categorial (Bardin, 2000; Bauer, 2002; Vala, 2003).

O ALCESTE, além de fazer uma análise lexical tendo a palavra como unidade, permite considerá-la nos respectivos contextos de ocorrência e, conseqüentemente de acordo com grupos de excertos textuais semelhantes. O programa ALCESTE trabalha com um único arquivo – *corpus* –, ou seja, todas as respostas obtidas em uma mesma questão de entrevista devem ser agrupadas em um único arquivo tipo “*word*”, separadas por linhas de comando, a partir de codificações específicas para cada uma das respostas. Essas linhas de comandos com suas respectivas respostas dão origem às Unidades de Contexto Inicial (UCIs), compondo assim o *corpus* de análise.

Após reconhecer as indicações das UCIs, o programa divide o material em unidades de contexto elementar (UCEs), definidas como segmentos de texto dimensionados em função do *corpus*. Segundo Camargo (2005), o programa ALCESTE executa quatro etapas:

Etapas A: o programa realiza a leitura do texto e criação do dicionário de formas reduzidas;

Etapas B: nessa etapa o software realiza o cálculo das matrizes de dados e classificação das UCEs, aplicando o método de classificação hierárquica descendente (CHD);

Etapas C: ocorre a descrição das classes de UCEs, onde é apresentado o dendograma da classificação hierárquica descendente que traz as relações entre as classes de maneira ilustrada e;

Etapas D: que fornece cálculos complementares com base nas classes de UCEs escolhidas.

Segundo Veloz, Nascimento-Schulze e Camargo (1999), a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) indica dois contextos lexicais associados ou não a variáveis descritivas dos produtores do material a ser analisado, e que poderão ser considerados aspectos de uma representação social ou de representações sociais distintas. Para a análise do pesquisador, as UCEs constituem o ambiente de enunciação da palavra e utilizam-se dois critérios para considerar as palavras analisadas: 1) a frequência média de ocorrências das palavras no *corpus*; e, 2) o valor do qui-quadrado de associação à classe. O primeiro critério exige que a frequência da palavra seja maior ou igual que a frequência

média de ocorrência das palavras no *corpus*. Quanto ao segundo critério considera-se todo o qui-quadrado maior ou igual a 3,84 (Reinert, 1998).

O instrumento de coleta utilizado permitiu a obtenção de dois *corpus*: 1º Diabetes, que refere-se ao material textual originado das questões “Como e quando descobriu ser diabético?” e “O que é diabetes para você?”; 2º Tratamento, originado das questões “Como é o tratamento e como você faz?”, “Quais as vantagens e desvantagens de seguir o tratamento?” e “Possui alguma facilidade ou dificuldade para tratar o seu diabetes?”.

A análise de conteúdo temática categorial possibilitou tratar o material textual originado das questões “Onde aprendeu sobre diabetes e com quem?” e “Possui alguma estratégia para controlar o seu diabetes?”. Essa técnica pressupõe algumas etapas, definidas por Bardin (2000) como: pré-análise; exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

4.5.2 Estudo 2

A análise dos dados obtidos por meio das questões fechadas do Questionário envolveu estatística descritiva pela distribuição de frequência, e estatística relacional para a comparação entre duas variáveis (principalmente com o uso do teste de correlação de Pearson) para as questões relacionadas ao diabetes e ao seu tratamento, e características demográficas e socioeconômicas (idade, escolaridade, condição sócio econômica, situação familiar, raça). Para tal procedimento foi utilizado o software estatístico aplicado às Ciências Sociais (SPSS – Statistic Package of Social Science, versão 17.0).

Para os dados obtidos por meio da Escala para Medir Intenção Comportamental, utilizou-se o teste de correlação de Pearson para as medidas diretas (atitude, norma subjetiva e percepção de controle comportamental) preditoras da intenção comportamental, e a consistência interna por meio do alpha de Cronbach. Para analisar o papel preditor das medidas diretas e indiretas sobre a intenção comportamental foram desenvolvidos modelos de regressão linear simples e múltipla. Os modelos permitiram analisar a associação entre as medidas e o construto.

Os escores de intenção comportamental foram divididos de acordo com a mediana da distribuição dos escores entre os avaliados em dois grupos 2,30 a 4,33 e 4,34 a 5,00. Os escores médios para as medidas diretas e indiretas foram então calculados para os dois grupos, e

sua significância estatística calculada por meio do teste t de Student não-pareado.

A associação entre as variáveis analisadas e adesão ao tratamento medicamentoso, foi adicionalmente investigada por meio de uma análise de regressão logística não condicional. Coeficientes brutos e ajustados, bem como respectivos intervalos de confiança de 95% foram calculados. Foram incluídas no modelo variáveis com valor de $p \leq 0,25$ ou com fortes evidências teóricas. Variáveis demográficas e socioeconômicas foram inicialmente incluídas no modelo, posteriormente os itens componentes da escala para medir intenção comportamental, e por fim, os comportamentos relacionados à adesão ao tratamento do diabetes, e o tempo de diagnóstico. Permaneceram no modelo variáveis com valor de $p \leq 0,10$ ou então, com evidências teóricas que justificassem sua permanência no modelo como variável de controle.

Os itens referentes ao tratamento medicamentoso componentes da escala foram separados dos demais, e agrupados, sendo posteriormente separados em três grupos: itens referentes à atitude dos participantes, itens referentes às normas subjetivas e itens referentes à percepção de controle comportamental. Em seguida os escores médios foram então comparados entre os grupos aderentes e não aderentes, por meio do teste t de Student não pareado.

O material textual obtido por meio das questões abertas do questionário foi submetido a uma Análise Fatorial de Correspondências (AFC) com o auxílio do software *Systhème Portable pour l'Analyse des Données Textuelles* (SPAD 7). A AFC permite que se analisem dados textuais e categoriais, ou seja, permite sintetizar um grande número de dados que foram coletados de formas diferentes em uma única análise. A análise fatorial pode ser exploratória ou confirmatória. A exploratória procura reduzir a dimensão dos dados iniciais, e gerar hipóteses a partir das associações e oposições estudadas. A confirmatória, por sua vez, testa uma hipótese sobre a redução dos dados a uma determinada dimensão, considerando qual será a distribuição das variáveis segundo essa mesma dimensão (Oliveira & Amaral, 2007). O presente estudo assume uma forma mais exploratória, no sentido de observar as relações entre os resultados da definição de diabetes e as vantagens do tratamento.

Para Oliveira e Amâncio (2005) a AFC produz resultados representados por fatores que ajudam na interpretação das suas propriedades estruturais e significantes, definindo relações de proximidade/similaridade ou de oposição/diferenças das representações sociais em diferentes grupos.

No presente estudo foram realizadas duas análises fatoriais de correspondência. A primeira análise utilizou as respostas obtidas com a pergunta “o que significa o diabetes para você” e as relacionou com as variáveis: sexo, adesão a medicação e não adesão a medicação, fonte de informação (TV), e causa do diabetes, consideradas variáveis ativas, ou seja, aquelas que compõem as matrizes. A segunda análise utilizou as respostas obtidas com a pergunta “quais as vantagens em seguir o tratamento do diabetes”, relacionando-as novamente com as variáveis ativas: sexo, adesão ou não adesão a medicação e renda familiar.

4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Logo após a autorização da diretora de Atenção Básica e da coordenadora das equipes de Estratégia de Saúde da Família do município, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética para Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e obteve aprovação sob o nº 226/09. Uma vez aprovado o projeto, a coleta de dados deu início observando-se as diretrizes e normas regulamentadoras estabelecidas pelo CNS, resolução 196/1996, e a resolução 016/2000 do CFP. Estas resoluções exigem a anuência por escrito dos participantes, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, mediante explicação completa e pormenorizada sobre a natureza do trabalho, benefícios previstos, eventuais riscos e incômodos que possam ocorrer em decorrência do estudo, sigilo referente à identificação e informações prestadas, garantia do anonimato e devolutiva dos resultados. Todos os preceitos éticos para com a pesquisa com seres humanos presentes na legislação em vigor foram atendidos.

5 RESULTADOS

5.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO DIABETES E DO TRATAMENTO (ESTUDO 1)

No que se refere às características sócio demográficas, constatou-se que a média de idade dos participantes foi 62 anos, variando de 46 a 78 anos. A maioria dos participantes (37) apresentou nível de escolaridade baixo, ou seja, equivalente ao ensino fundamental incompleto. A média do tempo de tratamento do diabetes foi 12 anos, sendo que 20 participantes já se tratam há mais de dez anos.

5.1.1 Análise lexicográfica

Quanto ao material textual, e seguindo os critérios estabelecidos para análise lexical, as palavras destacadas nos contextos classificados pelo software ALCESTE foram consideradas e comparadas, a fim de definir o conteúdo das representações sociais do diabetes e do tratamento. A análise do primeiro *corpus* (diabetes) encontrou 431 palavras analisáveis. O referido *corpus* foi dividido em 577 unidades de contexto elementar (UCE) das quais 425, ou seja, 73,66% do total foram consideradas na classificação hierárquica descendente (CHD).

Numa primeira partição o *corpus* diabetes foi dividido em dois sub *corpus*, de um lado as classes 1 e 2 e o outro as classes 3, 4 e 5. Uma segunda partição separou as classes 1 e 2; uma terceira partição separou a classe 4 das classes 3 e 5. O resultado foi a obtenção de 5 classes conforme a Figura 3.

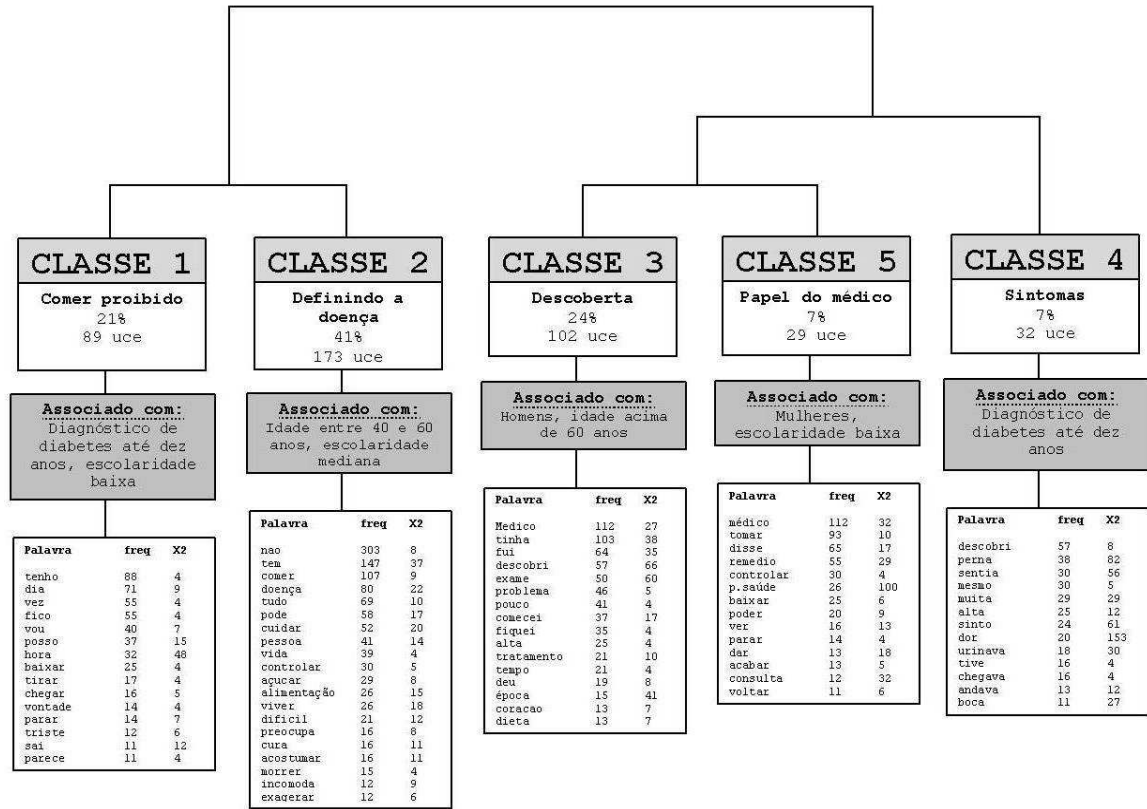


Figura 3: Dendrograma da CHD do *corpus diabetes*.

A partir dos conteúdos das classes pode se observar que o diabetes é visto pelos participantes da pesquisa como uma doença crônica, que exige cuidados, que é difícil e que a pessoa precisa se acostumar a ela. A classe 2 (*Definindo a doença*), responsável por 41% das UCEs traz elementos ligados à explicação da doença. O diabetes é definido como a doença do não. O não se refere à dieta alimentar, que fica restrita a alimentos nem sempre apreciados por essas pessoas. O controle e o cuidado, passam a fazer parte da vida do diabético e, por isso, o diabetes também é visto como a doença que incomoda e que preocupa. Essa classe está caracterizada por pessoas com idade entre 40 e 60 anos e escolaridade mediana. Um exemplo de representação considerada nessa classe é o trecho a seguir:

Eu não sei explicar o que é o diabetes, mas não pode comer sal, não pode comer açúcar, mas eu não sei, sei lá. Deve ser uma doença terrível, para mim é uma doença terrível, porque toda pessoa que tem diabetes é preocupada. (homem, 59 anos)

A classe 1 (*Comer proibido*) complementa a definição do diabetes como a doença do não e traz elementos ligados à proibição. O diabetes proíbe a pessoa de ingerir alimentos apreciados por ela, alimentos que sempre fizeram parte do seu hábito alimentar, como por exemplo, doces, bolos. Dessa forma, o diabetes acaba gerando o sentimento de tristeza, pois mesmo com vontade, a pessoa que vive com o DM tem que abrir mão do que gosta para mantê-lo controlado.

Porque não pode usar tal coisa, se você vê na mesa, não pode por na boca. Antigamente eu comia de tudo e hoje eu não posso mais. Eu vejo o pessoal tomando um suco, não posso mais por na boca, tudo não pode. Chega em um restaurante para almoçar, come um pouquinho de nada, quando é duas horas, eu almocei e já estou tremendo de fome. (homem, 50 anos)

A classe 4 (*Sintomas*), com somente 7% das UCEs do corpus foi produzida predominantemente por pessoas com um tempo de diagnóstico inferior a dez anos. Nessa classe encontramos elementos ligados aos sintomas. O diabetes é uma doença silenciosa, porém, alguns sintomas são identificados por essas pessoas, como por exemplo: dores nas pernas, urinar várias vezes ao dia, boca seca e muita sede. Porém, mesmo que esses sintomas já estivessem presentes, as pessoas não se dão conta de que são sintomas do diabetes.

O diabetes eu descobri porque eu sentia muito calorão, muita sede, secava muito minha garganta e minha boca, eu suava muito e urinava muito. Era fora do comum. Procurei a médica, falei os sintomas que eu estava passando, a médica me mandou eu fazer o exame que constou que eu tinha diabetes. Eu não sabia. (mulher, 53 anos)

A classe 3 (*Descoberta*), com 24 % das UCEs do corpus, traz os elementos reveladores da descoberta do diabetes. Essa classe foi produzida por homens com idade superior a 60 anos e a descoberta se deu de forma indireta. Ou seja, a busca por outro tratamento ou diagnóstico, acabou por revelar a presença do DM na pessoa. A ida ao médico se deu por outro motivo e o diabetes surge como uma doença a mais. As pessoas não desconfiavam que os sintomas pudessem ser do diabetes.

Quando eu fiz a cirurgia do coração, eu descobri que eu tinha diabetes porque foi feito todos os exames para fazer a cirurgia. E foi constatado que eu estava com diabetes. (homem, 63 anos)

Eu descobri o diabetes porque quando eu trabalhava, a gente fazia exames lá no serviço, e foi quando acharam que eu tinha diabetes. Acharam não porque provou com os exames que eu tinha diabetes. Fiz o exame e para provar de novo, para garantir que tinha, fizeram esse exame comigo. (homem, 60 anos)

A classe 5 (*Papel do médico*), com 7% das UCEs e complementa a classe 3, traz o papel do médico, no sentido de prescrever a medicação que controla o diabetes. Observam-se elementos que explicam a escolha pelo remédio como forma de controlar o DM e o médico como aquele que prescreve.

O médico pegou e não falou nada, só disse que estava tudo bem e que eu podia ir embora. Ele me aposentou e de lá para cá eu estou com diabetes mesmo, e fiquei tomando remédio, consultando no posto de saúde. (mulher, 72 anos)

Mas depois que eu comecei a tomar insulina, às vezes eu tenho hipoglicemia, antes disso não. Com remédio o meu diabetes andava muito alto, não baixava. A médica recomendou a

*insulina, foi bem melhor com a insulina, controla melhor.
(mulher, 75 anos)*

A análise do segundo *corpus*, Tratamento, encontrou 483 palavras analisáveis. O referido *corpus* foi dividido em 715 unidades de contexto elementar (UCE) das quais 560, ou seja, 78,32% do total foram consideradas na classificação hierárquica descendente (CHD).

Numa primeira partição o *corpus* tratamento foi dividido em dois sub corpus, de um lado as classes 1, 2 e 3, e o outro as classes 4 e 5. Uma segunda partição separou a classe 2 das classes 1 e 3. Uma terceira partição separou as classes 4 e 5, e uma última partição separou as classes 1 e 3, no interior da segunda partição. O resultado foi a obtenção de 5 classes, conforme a Figura 4.

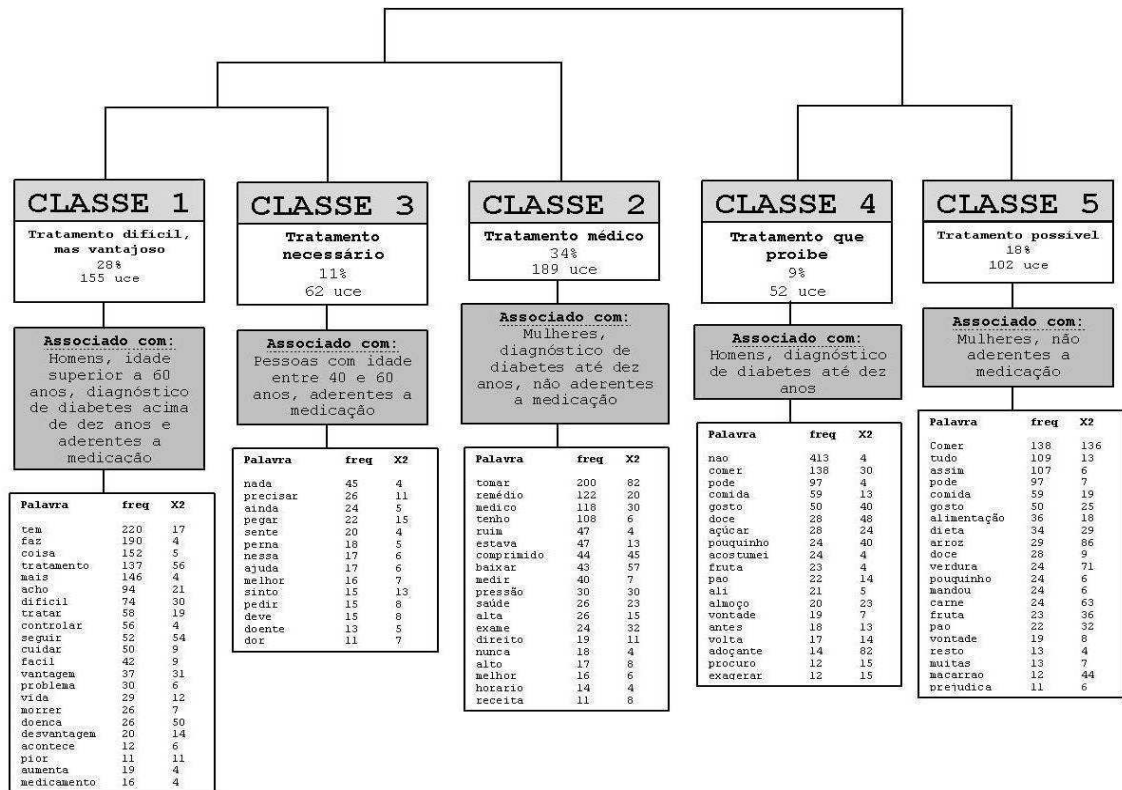


Figura 4: Dendrograma da CHD do *corpus* tratamento.

A classe 2 (*Tratamento médico*), a maior do *corpus*, com 34% das UCEs, refere-se à prioridade do tratamento. Os elementos constituintes dessa classe revelam a medicação como a principal responsável pelo controle da doença. Mesmo sendo caracterizada por mulheres, pessoas não aderentes à medicação e por pessoas com um tempo de diabetes inferior a dez anos, essa classe indica que a consulta ao médico, o exame que mede a taxa glicêmica, a ida a UBS tem um objetivo: conseguir a receita dos remédios que deverão ser tomados diariamente. Nessa classe 2 palavras como *tomar*, *remédio*, *dia*, *médico*, são destaques e indicam que o uso da medicação pode ser a forma mais fácil de tentar controlar o DM. Alguns seguimentos textuais apontam para isso.

Sou obrigada a tomar esses quatro comprimidos por dia. Eu tenho que tomar. O dia que eu não tomo a insulina bem certa, ou esqueço-me de tomar um comprimido, começa a me dar ferradas no corpo. (mulher, 58 anos)

Tomo meu comprimido, meu marido aplica a insulina, tomo outro comprimido, tomo outro remédio para pressão, outro remédio que eu tomo para o colesterol. Não é complicado, complicado para mim é aplicar insulina. Eu quase não enxergo e antes eu mesma aplicava, mas agora que eu não enxergo para colocar na agulha. (mulher, 61 anos)

A classe 1 (*Tratamento difícil, mas vantajoso*) representa 28% das UCE e foi produzida por homens, pessoas com mais de dez anos de diabetes, aderentes à medicação e acima de 60 anos. Essa classe revela elementos que apontam o seguimento do tratamento do diabetes como difícil, porém vantajoso. Ao seguir o tratamento a pessoa continua viva e evita o desenvolvimento das complicações causadas pela doença.

A desvantagem em seguir o tratamento se dá quando a taxa do diabetes continua alta, mesmo fazendo aquilo que os profissionais de saúde indicam. Se é difícil seguir o tratamento do diabetes, confirmando assim o que a literatura aponta em relação a adesão, pior é não segui-lo.

Eu não acho que é difícil seguir o tratamento. Quando a pessoa leva no capricho, se a pessoa é caprichosa, bom eu não vou dizer aqui que eu vou cortar o dedo, vai custar a sarar porque eu sou diabético. Então eu evito essas coisas, mas no resto, como diz o ditado, para mim tudo é resto. (homem, 69 anos)

Isso é uma coisa que eu tenho que ter consciência, que é para o resto da minha vida. Como a gente sabe, não tem cura. Então se eu não fizer o tratamento certinho e o meu exercício físico, eu terei problema. (homem, 57 anos)

A classe 3 (*Tratamento necessário*), responsável por 11% das UCEs foi caracterizada por pessoas com idade entre 40 e 60 anos e aderentes à medicação. Essa classe complementa a importância e as vantagens do tratamento destacando o que foi necessário fazer para conseguir controlar o DM. Mesmo entendendo o diabetes como uma doença difícil, alguns participantes destacam a importância dada para a mudança de alguns hábitos.

Caminhar, sair para andar, me distrair, às vezes quando eu estou bem da minha perna eu faço. Duas ou três vezes por semana, quando não ataca os pés. (homem, 50 anos)

Aquela dor que eu sentia já não sinto mais, é uma coisa que melhora bastante o espírito de luta da gente, vale a pena lutar. Nunca vale a pena abandonar, a gente não pode se dar por vencido. (homem, 59 anos)

Contrapondo-se a classe 2, a classe 4 (*Tratamento que proíbe*) traz elementos que revelam a dieta alimentar como forma de auxiliar no controle do diabetes, porém, destaca a proibição de ingerir açúcar e comer alimentos que não fazem parte do hábito alimentar pessoal. Se todo o alimento que faz parte do hábito alimentar passa a ser proibido para a pessoa que vive com diabetes, a adesão à dieta torna-se difícil e muitas vezes, é interpretada como castigo. A palavra *não* aparece como o grande destaque dessa classe. Tratar o diabetes significa *não* poder comer o que se gosta ou o que sempre se comeu, o que pode levar ao não seguimento da dieta alimentar.

No pão eu gosto de passar um doce, não posso, mas eu como. Eu trabalhei quarenta anos na pesca, eu como de tudo ate hoje. Faz quinze anos que estou só em casa com a mulher. Então é como eu disse, os remédios eu procuro tomar, e a comida eu como de tudo. (homem, 74 anos)

Eu fui ao supermercado, cheguei naquela banca de doce e eu passei longe, me deu uma tristeza. Eu disse: “Meu deus, por que

que agora que eu tenho dinheiro para comprar eu não posso comer.” (homem, 76 anos)

A classe 5 (*Tratamento possível*), representada por 18% das UCEs, traz elementos que revelam a adoção de hábito alimentar saudável. É possível comer de tudo e a alimentação passa a ser de responsabilidade do diabético. Essa classe está caracterizada por mulheres e por pessoas que não aderem à medicação. Quando a pessoa que vive com diabetes se dá conta de que a comida não está proibida, mas sim a quantidade que ingere, ela passa a estabelecer um novo hábito alimentar que contribui para o controle do seu diabetes. As palavras que mais representam essa classe são *comer, tudo, pode, comida, pouquinho*.

Eu já tinha comido o meu pouquinho, uma colher de arroz, uma colher de feijão, eu era assim, mas sempre colocava mais um pouquinho. A dieta que a médica me deu, podia abusar da verdura. Eu gosto de verdura e abusava de verdura, enchia o estomago com a verdura. (mulher, 80 anos)

Então como um pouco, a metade. Isso eu faço. Eu faço um bolo hoje, por exemplo, eu como hoje, mas amanhã já não como mais. É só ali aquele pedaço e deu. Faço uma dieta mais ou menos como a médica falou. (mulher, 50 anos)

5.1.2 Análise temática categorial

A complexidade do regime terapêutico que inclui mudanças no estilo de vida e, na maioria das vezes, diversos medicamentos e dosagens, acaba exigindo um conhecimento mais específico por parte das pessoas que vivem com diabetes. Como esse conhecimento é adquirido e quais as fontes de informação, bem como as estratégias utilizadas por essas pessoas para controlarem o diabetes, apontam para uma perspectiva voltada para entendimentos diferentes do controle da doença e da própria doença.

O conhecimento referido pelas pessoas que vivem com o diabetes foi construído por meio das comunicações cotidianas, e, nesse sentido, buscam várias fontes de informação para sua compreensão e a associação dessas fontes contribui para a elaboração das representações sociais sobre o diabetes. O material textual analisado deu origem a duas grandes categorias: **Modelo Biomédico** e **Modelo Popular**.

O Modelo Biomédico encontra na Figura do médico o seu principal representante, porém, outros profissionais de saúde (enfermeiros, nutricionistas) são apontados como grandes parceiros na ampliação do conhecimento. As pessoas que vivem com diabetes reconhecem a importância dessas orientações que são repassadas das mais diferentes formas, ou seja, palestras, folhetos informativos, grupos voltados para educação em saúde. Os meios de comunicação, como por exemplo, a televisão e a internet, também contribuem para o conhecimento acerca do diabetes

No Modelo Popular as informações surgem por meio das relações cotidianas dessas pessoas. Familiares, pessoas que também vivem com o diabetes e até mesmo pessoas que aguardam consultas em postos de saúde são apontadas como aqueles que ampliam o conhecimento acerca do DM.

A Figura 5 apresenta a categoria modelo biomédico e de que forma as pessoas adquirem conhecimento sobre o diabetes.

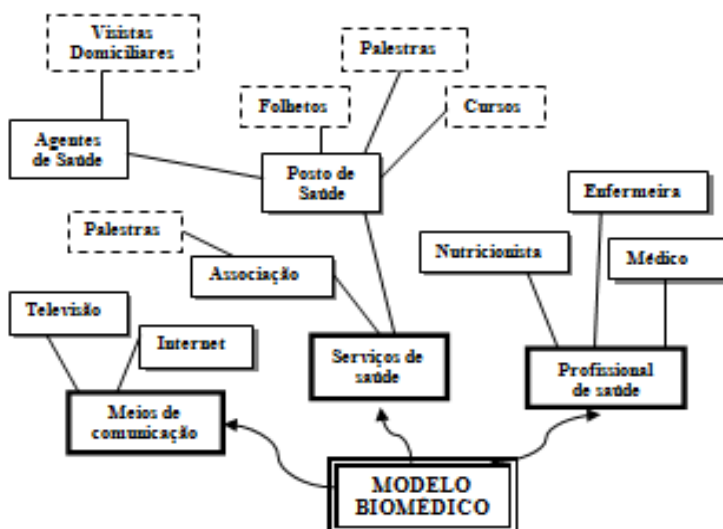


Figura 5: Informações sobre o diabetes, segundo categoria Modelo Biomédico.

Para as pessoas que vivem com DM, a Figura do médico representa a autoridade no conhecimento. Por conta disso, as informações fornecidas por ele adquirem destaque comparadas as outras fontes.

...a melhor coisa, porque você tem que ir no médico e ter um acompanhamento médico, ficar lendo vai mais confundir você. Ficar lendo ali num resumo, e o teu caso pode ser diferente. Pode confundir muito, poder tirar dúvida, criar dúvida. E acho que o medico é melhor coisa que tem. (homem, 50 anos, adesão_sim)

O medico explicou para mim, como eu falei, sobre a comida, que eu não podia comer doce, isso que eles foram explicando. Me deram uma folha escrito o que é que eu podia comer, o que não podia. Foi o médico mesmo. (mulher, 74 anos, adesão_sim)

... eu aprendo muito com eles e com as enfermeiras, o pessoal do posto. Os médicos falam, sempre explicam e eu já não marco, mas presto atenção e gravo aquilo. (homem, 70 anos, não adesão_não)

Os médicos orientam a gente, então a gente segue a orientação medica. Hoje eu só tomo o remédio que o medico receita. (homem, 57 anos, adesão_não)

O diabetes é uma doença cujo tratamento pode e deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, na medida em que prevê mudanças no estilo de vida desses pacientes. Apesar do poder do médico, enfermeiros e nutricionistas são apontados pelos participantes como importantes na aquisição do conhecimento sobre o diabetes e seu tratamento. As falas a seguir constataam essa importância:

Eu ia lá pegar a insulina e aí a enfermeira sempre me explicava como fazer, como tratar. (homem, 56 anos, adesão_não)

Consultei a nutricionista, então ela me acompanhou por um bom tempo e isso tudo a gente aprende. Então ela me orientou muito sobre alimentação, sobre esse negócio, como ela falou o pessoal às vezes não come, mas um arroz com feijão não tem problema... (homem, 57 anos, adesão_sim)

A maneira como a informação chega até as pessoas pode vir de diversas modalidades: consultas individuais, palestras, grupos e até leituras de folhetos informativos distribuídos na unidade básica de saúde.

Tudo que eu aprendi foi no postinho, eu vejo revista, ali que eu comecei a descobrir, na revista fala sobre o pé, o coração, sobre o rim, sobre as vistas. Ali eu fui descobrindo o que era a diabete. (mulher, 53 anos, adesão_não)

... lia muito que ela (a médica) me deu os livrinhos, aquelas coisas como eu tinha que me cuidar o sapato. Aí do sapato, até o sapato que eu tinha que calçar ela me deu. Até o sapato que a diabete pode calçar. (mulher, 80 anos, adesão_sim)

Além da UBS, outro local foi apontado como espaço onde as informações são adquiridas. Muitos pacientes freqüentam a Associação dos Diabéticos⁷, pois ali recebem também atendimento de profissionais de saúde e participam de atividades que auxiliam na prevenção de complicações oriundas da falta de adesão ao tratamento do diabetes.

Tinha umas palestras na associação, eu não fui mais, mas eu ia sempre lá. Então tudo que tiver sobre a diabete, eu estou assistindo, isso eu faço muito. (mulher, 47 anos, adesão_não)

Eu aprendi mais assim na ADIN (associação), que tem muita palestra, na associação. Até esses que passam na televisão, aí eu assisto assim. (mulher, 75 anos, adesão_sim)

Constatou-se que outras pessoas ligadas aos serviços de saúde contribuem para o conhecimento, consideradas pelos participantes como de grande valia esse tipo de intervenção.

Agora até tem aquelas aprendizes da univali que passamos primeiro por elas, depois pelo medico. Ela examina muito bem nós. Explicam tudo. (mulher, 71 anos, adesão_não)

⁷ A Associação dos Diabéticos de Itajaí e Navegantes (ADIN) é uma organização não governamental que auxilia no tratamento de pessoas com diabetes.

E também com as moças, as agentes de saúde, sempre que vem nas casas elas trazem o material para fazer o teste, aqui no dedo, do sangue, do diabete, de pressão, e conversam com a gente sobre as coisas. Elas vieram um tempo aqui quando eu estava ruim, elas vieram medir minha pressão e diabete. (homem, 69 anos, adesão_não)

Os meios de comunicação, como por exemplo, a televisão e a internet foram apontados como fontes de informação de alguns dos participantes.

Às vezes eu puxo negocio de saúde na internet, daí eu vejo também, alguma coisa assim, o que a diabetes faz. (homem, 58 anos, adesão_não)

Eu assisto televisão. De vez em quando passa, porque tem principalmente quando passa esses programas de índio assim que eles não usam a medicina, usam só ervas naturais, aí eles falam que diabetes é isso, diabetes é aquilo. (homem, 59 anos, adesão_sim)

Na televisão quando fala sobre o assunto, quando eu sei que tem, eu vou procurar. Eu procuro acompanhar. (homem, 72 anos, adesão_não)

Até o momento foram apresentados os resultados da análise temática categorial, referentes ao conhecimento relacionado ao diabetes envolvendo a perspectiva do modelo biomédico. De certa forma, este modelo reduz o diabetes ao contorno biológico individual, enfatizando o conhecimento científico, mas ao mesmo tempo separando a pessoa de seu entorno social e contexto pleno de vida. Porém, o conhecimento relacionado ao diabetes, para os participantes, também foi construído a partir das interações que essas pessoas em um determinado meio social, a partir das experiências vivenciadas e compartilhadas com familiares, pessoas que também vivem com o DM e outras pessoas que se utilizam dos serviços de saúde. A Figura 6 apresenta a categoria modelo popular e a maneira como o conhecimento sobre o DM é adquirido.

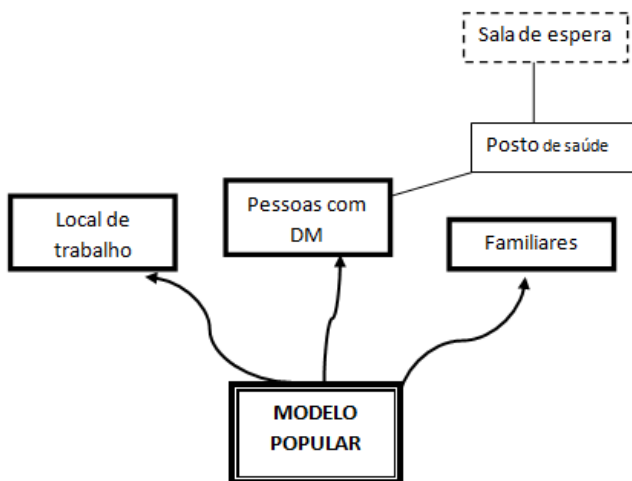


Figura 6: Informação sobre o diabetes, segundo a categoria Modelo Popular.

Observa-se que o conhecimento sobre DM é elaborado de forma mais coerente com a realidade da pessoa e seu conteúdo destaca a influência e a explicação de comportamentos referentes ao tratamento e ao enfrentamento da doença.

Quer dizer que foi o auxílio da família toda para mim, me ajudaram muito minhas filhas. Minhas filhas me ajudaram muito a estar assim agora. Então é por isso que eu digo, quem tem uma família boa é fácil de curar. É fácil. (mulher, 80 anos, adesão_sim)

A gente conhece vários tipos de pessoas, várias pessoas assim que as vezes da igreja, as vezes não é da igreja. Às vezes a gente ta no posto, a pessoa ta comentando sobre a situação dela no posto de saúde que a gente sempre vai pegar os medicamentos. Então é lá que a gente fica comentando e conversando sobre esses assuntos que até interessam a gente e tem coisas que a gente ouve. (mulher, 56 anos, adesão_sim)

Aprendi com as minhas irmãs que já tiveram diabetes, muitas pessoas que a gente conhece aqui, meus parentes, foi conversando com eles. (homem, 63, adesão_não)

No que se refere às estratégias utilizadas para cuidar ou controlar o diabetes, observam-se a partir dos resultados que as pessoas possuem diversas formas de controlar a doença. As estratégias ligadas à categoria Modelo Biomédico envolvem a adoção das recomendações médicas, ou seja, o cuidado com a alimentação, a realização de atividade física e o uso da medicação. Já as ligadas ao Modelo Popular envolvem estratégias que encontram na fé e na religião sua justificativa, além da própria aceitação da doença e o uso de alimentos ou produtos que fazem parte da sabedoria popular, ou seja, os chás caseiros.

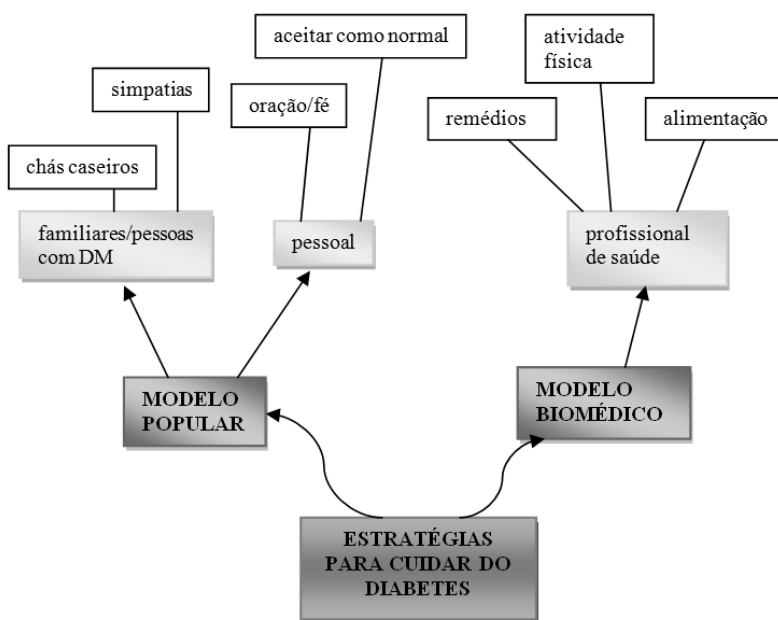


Figura 7: Estratégias utilizadas para cuidar do diabetes.

Observa-se que para alguns participantes as recomendações médicas muitas vezes são aceitas como as principais maneiras de se controlar o diabetes, como se constata nas frases a seguir:

Eu só tomo o remédio. Tem gente que faz exercício, mas eu já trabalhava bastante, não precisava fazer nada, não precisava fazer exercício. (mulher, 50 anos, adesão_não)

Procuro andar de bicicleta, não de carro. E já volta ao normal. É, essas três coisas tem que estar junto. Alimentação, medicação e atividade. (homem, 51 anos, adesão_sim)

Mas pra mim o tratamento é o que médico manda. Eu não tomo mais outra coisa não. (homem, 60 anos, adesão_sim)

Em contraposição a essas estratégias, o uso de chás caseiros aparece para os participantes como a principal estratégia para complementar o tratamento. Muitas vezes mais de uma erva é destacada como responsável pela diminuição da taxa glicêmica.

Até tomo uns chás, eu li muito sobre chá e os velhos às vezes falam que essa tal de gabirola, é muito difícil de encontrar, mas lá perto da associação tem uma casa que tem e cada vez que passo lá trago uma folha e aí tomo. (mulher, 62 anos, adesão_sim)

Eu fazia muito chazinho, aquele chá da alfavaca do mato. Quando eu vejo que ela ta muito alta que eu quero melhorar, eu faço um chazinho. Ajuda, ajuda bastante. (mulher, 61 anos, adesão_não)

Aquelas folhas de insulina eu tomei muito, muito. Quem disse foi uma mulher para mim e eu peguei e fazia aquilo, fazia paneladas e tomava, ao invés de tomar água eu tomava o chá, e baixava muito. (mulher, 56 anos, adesão_sim)

As vezes tomo um chá, porque não custa também. Já tomei em uma época, três ou quatro chás misturados. (homem, 72 anos, adesão_não)

Além da prescrição médica e dos chás, destaca-se algumas pessoas encontram na fé e na oração a maneira para controlar o seu diabetes, assim como no seguimento de orientações de pessoas conhecidas, por meio de simpatias. As falas a seguir revelam essas estratégias:

Tudo que me ensinam, já fiz simpatia. A simpatia de ir lá cozinhar um ovo e levar num formigueiro que a gente quase não passa. Essas coisas que ensinam quando estamos na fila de

consulta, não custa fazer. Já fiz muito disso. Outra é colocar o xixi no mamão verde e enterrar onde não passa naquele lugar. Tudo que ensinam que é bom, a gente faz. (mulher, 56 anos, adesão_não)

A gente pede para Deus escutar, curar as enfermidades da gente. Isso é que controla. Controla. (mulher, 65 anos, adesão_sim)

Penso, penso e ponho tudo na mão dele (Deus). Até pode ser uma estratégia, até pode ser porque, eu não sei porque eu acho que é a fé da gente, porque a gente também tem que ter fé, porque nós temos médicos aqui na terra, mas nós temos o maior que é ele. (mulher, 56 anos, adesão_sim)

Tudo que eu sei que eu vou melhorar eu tomo, amora branca que é bom pro diabetes. Assim se eu vou na casa de um amigo meu, e ele diz que está tomando tal coisa pra diabete e está se sentindo bem, ele me passa o remédio e eu tomo também, eu tomo uma, duas semanas daí eu paro e continuo com o outro remédio e assim vai indo, eu levo a minha vida assim. (homem, 57 anos, adesão_não)

Por fim, possível também constatar que a maneira como a pessoa encara o diabetes, aquilo em que acredita como sendo importante para auxiliar no controle da doença, pode ser considerado uma estratégia pessoal de grande valor.

É claro que o diabete não tem cura, mas eu não fico pensando. Não fico pensando eu tenho diabete, eu tenho que me cuidar. Não me preocupa nada. Se você ficar com isso pensando ah eu tenho diabete não devia ter comido aquilo ali, amanhã eu vou estar mal. Eu não faço isso. (mulher, 50 anos, adesão_não)

E também acho que a gente não deve se preocupar muito com as coisas. Eu acho isso. Tenho o diabetes, mas não fico pensando muito. Tomo minha insulina, até que diminui pois estava me dando problema, mas levo assim como posso. (homem, 56 anos, adesão_não)

5.2 INTENÇÃO COMPORTAMENTAL PARA ADESÃO AO TRATAMENTO DO DM 2 (ESTUDO 2)

5.2.1 Caracterização demográfica, socioeconômica e clínica

Participaram do estudo 167 pessoas que vivem com o DM 2, sendo 82 pertencentes ao grupo aderente à medicação e, deste total, 42 do sexo feminino (51,2%). No grupo não aderente foram 85 participantes, sendo 45 mulheres (52,9%). A Tabela 2 apresenta o delineamento do estudo por tipo de grupo e sexo.

Tabela 2: Distribuição dos participantes segundo sexo e grupo.

Sexo	Aderentes (n=82)	Não aderentes (n=85)
Homens	40 (48,8%)	40 (47,1%)
Mulheres	42 (51,2 %)	45 (52,9%)

No que se refere a escolaridade, houve predomínio da baixa escolaridade nos dois grupos, ou seja, até oito anos de estudo. No grupo aderente à medicação, 64 pessoas e no grupo não aderente, 72 pessoas. A escolaridade mediana, ou seja, oito anos de estudo ou mais, foi apontada por 18 pessoas do grupo aderente a medicação e 13 do grupo não aderente. A tabela 3 mostra a distribuição da escolaridade nos dois grupos.

Tabela 3: Anos de escolaridade entre os participantes dos grupos aderente e não aderente a medicação.

Escolaridade	Aderentes à medicação (n=82)	Não aderentes à medicação (n=85)
Até oito anos de estudo	64(78,1%)	72(84,7%)
Oito anos de estudo ou mais	18(21,9%)	13(15,3%)

Destaca-se que entre as pessoas com baixa escolaridade no grupo aderente (64), somente nove possuem o ensino fundamental completo, cinco não sabem ler, oito consideram-se alfabetizadas e 42 não completaram o ensino fundamental. Esses resultados não diferem muito para o grupo de pessoas não aderentes. Dos 72 participantes, quatro não sabem ler, sete são alfabetizados e 51 não concluíram o ensino fundamental. Concluíram o ensino médio 16 pessoas pertencentes ao grupo aderente e o ensino superior duas pessoas, contra 13 pessoas não aderentes a medicação. Mesmo sendo possível observar diferenças entre os grupos, não é possível avaliar se essa diferença é estatisticamente significativa ou não.

A rede social dos participantes foi caracterizada pelo número médio de pessoas que residem na mesma casa, pelo estado civil do participante e pela situação familiar de cada um. A média de pessoas residentes na mesma casa foi de três pessoas (DP= 1,4). No que se refere ao estado civil, houve predomínio de pessoas casadas nos dois grupos, 58 no grupo aderente e 64 no grupo não aderente. A situação familiar mostrou predomínio do convívio com companheiro(a) e filhos nos dois grupos (30 pessoas no grupo aderente e 31 no grupo não aderente à medicação).

Tabela 4: Estado civil e situação familiar dos participantes conforme o grupo.

Variáveis	Aderentes à medicação (n=82)	Não aderentes à medicação (n=85)
<i><u>Estado Civil</u></i>		
Solteiro	2 (2,4%)	2 (2,4%)
Casado/União Estável	58 (70,7%)	64 (75,3%)
Separado/Divorciado	10(12,2%)	8 (9,4%)
Viúvo	12 (14,6%)	11 (12,9%)
<i><u>Situação Familiar</u></i>		
Convive com companheiro(a) e filhos	30 (36,6%)	31 (36,5%)
Convive com companheiro(a) sem filhos	22 (26,8%)	25 (29,4%)
Convive com companheiro(a), filhos e outros familiares	6 (7,3%)	10 (11,8%)
Convive com familiares, sem companheiro(a)	16 (19,5%)	12 (14,1%)
Convive com outras pessoas sem laços consanguíneos	2 (2,5%)	2 (2,3%)
Vive só	6 (7,3%)	5 (5,9%)

Observa-se na Tabela 4 que a proporção de casos de viuvez é semelhante nos dois grupos, 12 pessoas no grupo aderente e 11 no grupo não aderente. Porém, não há como avaliar se as diferenças nas frequências são estatisticamente significativas. No que se refere a situação familiar, a convivência com companheiros, porém sem filhos, mostra-se comum aos dois grupos, sendo 22 pessoas no grupo aderente e 25 no grupo não aderente. Embora se observe diferenças, essas não são consideradas estatisticamente significativas [$\chi^2 = 1,81$; gl=5 ; NS].

Quanto à raça do participante, houve predomínio da raça branca (133), sendo 64 pessoas do grupo aderente à medicação e 69 do grupo não aderente. A Tabela 5 apresenta a distribuição da raça conforme o grupo de participantes.

Tabela 5: Raça dos participantes conforme o grupo.

Raça	Aderentes à medicação (n=82)	Não Aderentes à medicação (n=85)
Negra	6(7,3%)	9(10,6%)
Parda	12(14,6%)	7(8,2%)
Brança	64(78,0)	69(81,2%)

No que se refere à situação sócio econômica, a Tabela 6 apresenta indicadores que permitem aferir essa situação, como a ocupação dos mesmos, se possuem casa própria e carro próprio. Os resultados obtidos em ambos os grupos mostraram-se semelhantes quanto a ocupação, predominando a condição de aposentado(a) ou pensionista. Possuir casa própria é uma realidade para a grande maioria (94,6%) dos participantes, porém, possuir carro próprio não, pois 53,3% responderam que possuem esse bem quando observado o total de participantes (167).

Tabela 6: Situação sócio econômica dos participantes.

Situação sócio Econômica	Aderentes à medicação (n=82)	Não aderentes à medicação (n=85)
<u><i>Possui casa própria</i></u>		
Sim	78(95,1%)	80 (94,1%)
<u><i>Possui carro próprio</i></u>		
Sim	45(54,9%)	44 (51,8%)
<u><i>Ocupação</i></u>		
Mercado formal	11(13,4%)	7(8,2%) 8(9,4%)
Mercado informal	5(6,1%)	43(50,6%)
Aposentado/ Pensionista	51(62,2%)	27(31,8%)
Do lar	15(18,3%)	
<u><i>Renda Familiar</i></u>		34 (40,0%)
Até dois SM	30(36,6%)	51 (60,0%)
Dois SM ou mais	52(63,4%)	

No que se refere à ocupação dos participantes, observa-se na Tabela 6 que a condição de aposentado ou pensionista foi predominante nos dois grupos, porém, o grupo aderente à medicação obteve um percentual um pouco maior (62,2%) em relação ao grupo não aderente

(50,6%). Cuidar do lar aparece em segundo lugar na distribuição, mas nesse caso o grupo não aderente foi superior ao grupo aderente, ou seja, com percentuais de 31,7% e 18,3%, respectivamente. O mercado formal é a ocupação de 13,4% dos participantes do grupo aderente e 8,2% do grupo não aderente a medicação. Trabalhar no mercado informal é mais freqüente junto aos participantes do grupo não aderente, 8,2%. Ainda que seja possível verificar diferenças entre os grupos, as mesmas não são estatisticamente significativas [$\chi^2 = 5,63$ gl= 3; NS].

Segundo a Tabela 6, a renda familiar foi equivalente nos dois grupos predominando uma renda de dois ou mais salários (63,4% para o grupo aderente e 60,0% para o não aderente), seguida de uma renda de até dois salários, sendo 36,6% para o grupo aderente e 40,0% para o não aderente. Há diferenças entre os grupos, porém não se pode avaliar se essa diferença é estatisticamente significativa.

Com relação a possuir casa própria, ambos os grupos afirmaram que sim, sendo 95,1% no grupo aderente e 94,1% no grupo não aderente. Distribuição equivalente foi observada quanto a possuir carro próprio, mas nesse caso o resultado apontou um percentual menor, ou seja, 54,9% dos participantes do grupo aderente e, 51,8% do grupo não aderente possuem carro próprio. Foi realizado o teste do qui quadrado, para verificar se há ou não diferença estatisticamente significativa entre os grupos no que se refere a possuir carro próprio e o resultado indicou que não há [$\chi^2 = 0,062$; gl=1; NS].

Com relação à atribuição da causa do diabetes, dos 167 participantes, 64 apontaram a hereditariedade como a principal causa. A Tabela 7 apresenta a distribuição da causa do diabetes conforme os grupos, aderente e não aderente.

Tabela 7: Causa do diabetes.

Causa do DM	Aderentes à medicação (n=82)	Não aderentes à medicação (n=85)
Emocional	21(25,6%)	21(24,6%)
Hereditariedade	30 (36,6%)	34(40,0%)
Má alimentação	31(37,8%)	30(35,4%)

Observa-se que tanto para o grupo aderente quanto para o não aderente, a distribuição das respostas foi muito semelhante no que se refere aos três motivos que podem contribuir para o surgimento do diabetes, sendo que a hereditariedade é apontada com um percentual um pouco maior para os participantes não aderentes a medicação (40,0%) em relação aos do grupo aderente (36,6%). Porém, o resultado do teste do qui quadrado, apontou que essa diferença não é estatisticamente significativa entre os grupos [$\chi^2 = 0,21$; gl=2; NS].

As principais fontes de informação sobre o diabetes, referentes aos sintomas e ao tratamento, em ordem decrescente de frequência, foram: profissionais de saúde, televisão, familiares, folhetos informativos, amigos e revistas.

Em relação aos grupos é possível constatar que os profissionais de saúde são indicados por 167 (100,0%) dos participantes do estudo como fontes de informação sobre a doença. Já a televisão mostra ser uma fonte de informação mais utilizada pelos participantes do grupo não aderente (64,7%) quando comparada ao grupo aderente à medicação (48,8%). Outra fonte indicada pelos participantes foi a família, com um percentual um pouco maior para os participantes do grupo não aderente (31,7%) em relação ao grupo aderente (21,9%). Os folhetos informativos disponíveis geralmente nas unidades de saúde aparecem como fontes de informações para 25,8% dos participantes não aderentes e 25,6% para os aderentes a medicação. Aplicando o teste do qui-quadrado para verificar se houve associação entre as fontes de informação sobre o diabetes e os grupos aderente e não aderente, observa-se que a diferença entre os grupos quanto a fonte televisão foi estatisticamente significativa [$\chi^2 = 4,31$; gl=1; $p < 0,05$]. As demais diferenças constatadas nos resultados das outras fontes de informação não foram estatisticamente significativas nesse estudo.

No que se refere à facilidade ou a dificuldade em seguir o tratamento para o diabetes, 62,2% dos participantes do grupo aderente à medicação e 56,5% do grupo não aderente acham o tratamento fácil, ou seja 99 pessoas no total. Considerar o tratamento difícil foi uma característica de 68 pessoas. Dentre as dificuldades (Tabela 8), mudar o hábito alimentar e substituir o açúcar aparece como a maior dificuldade tanto para pessoas que aderem à medicação (38,7%) quanto para pessoas que não aderem, porém muito mais difícil para os participantes do grupo não aderente (56,7%). Conseguir consulta médica foi apontado por 35,5% dos participantes do grupo aderente como a segunda maior dificuldade e no grupo não aderente por 21, 6%. A realização de atividade física aparece como a terceira dificuldade, mas nesse caso,

com um predomínio para os participantes do grupo não aderente (18,9%). Embora sejam observadas diferenças entre os grupos aderentes e não aderentes no que se refere às dificuldades em seguir o tratamento, não foi possível avaliar se essas diferenças são estatisticamente significativas.

Tabela 8: Principais dificuldades apontadas pelos participantes em seguir o tratamento para o diabetes (n=68).

Dificuldades para seguir o tratamento	Aderentes à medicação (n=31)	Não aderentes à medicação (n=37)
Mudar o hábito alimentar	12(38,7%)	21(56,8%)
Realizar atividade física	4(12,9%)	7(18,9%)
Tomar remédios diariamente	4(12,9%)	1(2,7 %)
Conseguir consultas médicas	11(35,5%)	8(21,6%)

Quanto a existência de vantagem em seguir o tratamento para o DM 2, quase a totalidade dos pessoas que aderem à medicação (96,3%) admitem ser vantajoso. Essa predominância também foi observada nas pessoas que não aderem à medicação, ou seja, 89,4% consideram vantajoso seguir o tratamento. Observou-se que não há diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto a existência de vantagens em seguir o tratamento [$\chi^2 = 3,00$; gl= 1; NS].

A maioria dos participantes deste estudo não pratica exercícios físicos, pois somente 37,8% das pessoas que aderem e 34,1% das pessoas que não aderem à medicação afirmaram possuir essa prática. Considerando a minoria dos participantes que praticam exercícios, houve equivalência nos resultados dos grupos investigados em relação a frequência desta prática, embora o grupo aderente à medicação apresentasse um resultado superior no que se refere a prática diária, 48,4%. Já praticar exercícios uma ou duas vezes por semana foi um pouco mais comum junto aos participantes não aderentes, ou seja, 27,6% e no grupo aderente a medicação, 22,6%. O grupo aderente e grupo não aderente não diferem em relação à prática de exercícios físicos [$\chi^2 = 0,112$; gl= 1; NS].

Ao verificar a relação do tempo da última consulta médica nos grupos aderente à medicação e não aderente (Tabela 9), ambos apontam para um predomínio do período de um a seis meses, porém o resultado

do grupo não aderente foi superior ao grupo aderente, 75,3% e 68,3% respectivamente. Já o tempo da última consulta, inferior a um mês, foi superior para os participantes aderentes (25,6%) contra 15,3% no grupo não aderente. Mesmo observando-se diferenças entre os grupos em relação ao tempo da última consulta, não foi possível avaliar se essas diferenças são ou não estatisticamente significativas.

Tabela 9: Tempo da última consulta para controle do diabetes.

Tempo última consulta	Aderentes à medicação (n=82)	Não aderentes à medicação (n=85)
Menos 1 mês	21(25,6%)	13(15,3%)
1 a 6 meses	56(68,3%)	64(75,3%)
7 a 12 meses	3(3,7%)	5(5,9%)
1 a 2 anos	2(2,4%)	1(1,2%)
Não consulta	0	2(2,4%)

A respeito da maneira como cada pessoa faz seu tratamento, tanto entre os participantes do grupo aderente à medicação quanto os do grupo não aderente, tomar remédios foi predominante (98,8%), como mostra a Tabela 10. A realização de exames vem em segundo lugar, e tanto para participantes do grupo aderente (90,2%) como para participantes do grupo não aderente (87,0%), essa é uma medida comum no tratamento. No cuidado com a alimentação, observa-se que há divisão entre os grupos. No grupo aderente, 67,1% dos participantes indicam o cuidado com a alimentação contra 50,6% dos participantes do grupo não aderente. Observa-se que houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos e o cuidado com a alimentação ao se aplicar o teste do qui quadrado [$\chi^2 = 4,02$; gl=1; $p < 0,05$].

Ainda sobre a forma de tratar o diabetes, observa-se uma baixa frequência nos dois grupos quando o assunto refere-se a realização de consulta médica mensal. Comparando-se os dois grupos, constata-se uma frequência maior entre os participantes do grupo aderente a medicação (20,7%) do que entre os participantes não aderentes (10,6%). Fazer caminhadas como forma de cuidar do diabetes predominou no grupo aderente em relação ao grupo não aderente, 61,0% e 45,9% respectivamente. Outra maneira de cuidar do diabetes refere-se a tomar chás caseiros. Esse cuidado foi o menos indicado entre os participantes,

mas aqui se observa uma predominância desse cuidado no grupo não aderente (47,1%).

Tabela 10: Tratamento para o diabetes, segundo os participantes.

Como cuida do DM	Aderentes à medicação (n=82)	Não Aderentes à medicação (n=85)
Come alimentos autorizados	55(67,1%)	43(50,6%)
Faz caminhadas	50(61,0%)	39(45,9%)
Consulta médica mensal	17(20,7%)	9(10,6%)
Toma remédios	82(100,0%)	83(97,6%)
Toma chá	34(41,5%)	40(47,1%)
Faz exames	74(90,2%)	74(87,1%)

Observa-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis tomar chá caseiro como forma de tratar o diabetes e os grupos aderente e não aderente à medicação [$\chi^2 = 0,32$; gl=1; NS]. Quando se considera tomar os remédios diariamente, como cuidado com o diabetes, ainda que se observe diferença entre os grupos, não se pode avaliar se essa diferença é ou não estatisticamente significativa. No que se refere a caminhar ou realizar exames para verificar taxa glicêmica, não houve diferença estatisticamente significativa. [$\chi^2 = 3,23$; gl=1; NS] e [$\chi^2 = 0,16$; gl=1; NS] respectivamente.

Quando questionados sobre o que necessariamente deve fazer uma pessoa que adere ao tratamento do diabetes, observa-se uma concordância nos resultados dos grupos quanto aos aspectos indicados pela literatura, ou seja, uso da medicação, diminuição do açúcar e realização de atividade física. A Tabela 11 apresenta a distribuição das respostas referente a adesão ao tratamento.

Tabela 11: Tratamento para o diabetes quando a pessoa é aderente.

Adesão ao tratamento do DM	Aderentes à medicação (n=82)	Não Aderentes à medicação (n=85)
Usar medicação	80(97,6%)	82(96,5%)
Realizar atividade física	72(87,8%)	74(87,1%)
Diminuir açúcar	70(85,4%)	74(87,1%)
Tomar chá	33(40,2%)	24(28,2%)
Fazer exames	74(90,2%)	74(87,1%)

O uso correto da medicação aparece para 97,6% dos participantes aderentes a medicação e para 96,5% não aderentes. Mesmo ocorrendo essa pequena diferença, não é possível avaliar se ela é estatisticamente significativa. O resultado acerca da diminuição do açúcar foi maior para o grupo não aderente (87,1%) do que para o grupo aderente (85,4%), mas não foi constatado que essa diferença era estatisticamente significativa [$\chi^2 = 0,100$; gl=1; NS]. A realização de atividade física também é apontada pela maioria de ambos os grupos como fazendo parte da adesão ao tratamento do diabetes e o resultado foi praticamente idêntico, ou seja, 87,8% para o grupo aderente e 87,1%. O uso de chá caseiro como indicativo de adesão ao tratamento do DM, foi mais considerado pelo grupo aderente a medicação (40,2%), quando comparado ao grupo não aderente (28,2%). Mesmo constatada diferença entre os grupos quanto ao uso de chá caseiro, esta não é estatisticamente significativa [$\chi^2 = 2,67$; gl=1; NS].

A respeito de como a família espera que os participantes procedam em relação ao tratamento do diabetes, observa-se que para os participantes aderentes à medicação, a consulta médica (30,5%) apresentou proporções mais altas quando comparada ao resultado do grupo não aderente (17,6%). Quando se trata de mudança de modo de vida, as proporções mais altas foram observadas no grupo não aderente à medicação (30,6%). A Tabela 12 apresenta os resultados referentes ao tratamento do diabetes segundo as expectativas dos familiares.

Tabela 12: Tratamento do diabetes, segundo as expectativas dos familiares.

Expectativas dos familiares	Aderentes à medicação (n=82)	Não aderentes à medicação (n=85)
Consulta uma vez ao ano	25(30,5%)	15(17,6%)
Mudança no modo de vida	14(17,1%)	26(30,6%)
Uso de medicação	28(34,1%)	26(30,6%)

Ainda sobre a forma como os familiares esperam que o tratamento para o diabetes seja feito, na visão dos participantes do estudo, o uso da medicação apresentou as maiores proporções quando comparado aos demais aspectos (34,1% para aderentes à medicação e 30,6% para os participantes não aderentes), e 33 participantes indicam que a família não se importa com o tratamento para o diabetes. O resultado do teste do qui quadrado indica que, mesmo constatada diferença entre os grupos investigados quanto a percepção que têm da família a respeito de como deve ser o tratamento para o diabetes, esta não é estatisticamente significativa [$\chi^2 = 6,39$; gl=3; NS].

O diabetes algumas vezes vem acompanhado de outras doenças, as chamadas comorbidades e as mais comuns são: hipertensão, colesterol, depressão e infarto. A Tabela 13 mostra a distribuição dos participantes quanto a presença dessas doenças considerando o grupo a que pertencem.

Tabela 13: Comorbidades conforme os grupos aderente e não aderente a medicação.

Comorbidades	Aderentes à medicação (n=82)	Não aderentes à medicação (n=85)
Hipertensão	67(81,7%)	64(75,3%)
Colesterol	44(53,7%)	50(58,8%)
Depressão	21(25,6%)	17(20,0%)
Derrame/Infarto	24(29,3%)	21(24,7%)

A hipertensão predominou entre os participantes do estudo, 131 pessoas referem essa doença, porém o grupo aderente à medicação apresenta um resultado maior (81,7%) comparado ao grupo não aderente (75,3%). Com base no teste do qui-quadrado, não houve diferença estatisticamente significativa entre a associação dessas variáveis, hipertensão e adesão ou não adesão à medicação [$\chi^2 = 1,01$; gl=1; NS]. O colesterol alto obteve um predomínio no grupo não aderente (58,8%) em relação ao grupo aderente (53,7%), mas não há diferença estatisticamente significativa [$\chi^2 = 0,45$; gl=1; NS]. O histórico pessoal de infarto apresentou uma fraca proporção entre os participantes, porém, observa-se que no grupo de pessoas aderentes à medicação, 29,3% já sofreram infarto e no grupo não aderente, 24,7%. A partir do teste qui-quadrado não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos e o histórico de infarto [$\chi^2 = 0,44$; gl=1; p> NS]. A depressão foi a doença menos apontada entre os participantes como associada ao diabetes. No grupo aderente somente 25,6% afirmaram ter depressão e 20,0% no grupo não aderente. Aqui também não houve associação entre as variáveis depressão e adesão ou não adesão à medicação, indicando que essa diferença não é estatisticamente significativa [$\chi^2 = 0,74$; gl=1; NS].

No que se refere às complicações decorrentes do diabetes, ou seja, se o diabetes já causou alguma outra doença como, por exemplo: a retinopatia, a neuropatia, a nefropatia, a cardiopatia ou o conhecido pé diabético, o estudo demonstrou que, para a maioria dos participantes a presença dessas doenças ainda não faz parte das suas vidas. Mas é importante destacar que, entre as pessoas que indicaram a presença de alguma dessas doenças, o grupo não aderente à medicação obteve proporções mais altas quando comparado ao grupo aderente, com exceção da cardiopatia. Dos participantes do estudo, 26,8% do grupo aderente à medicação e 22,3% dos participantes do grupo não aderente, indicam a presença dessa complicação, porém, essa diferença não é estatisticamente significativa [$\chi^2 = 0,45$; gl=1; NS]. A Tabela 14 apresenta a distribuição das complicações causadas pelo diabetes em cada grupo.

Tabela 14: Complicações causadas pelo diabetes.

Complicações	Aderentes à medicação (n=82)	Não aderentes à medicação (n=85)
Retinopatia	34(41,4%)	49(57,6%)
Neuropatia	16(19,5%)	32(37,6%)
Pé diabético	14(17,8%)	19(22,3%)
Nefropatia	9(11,0%)	19(22,3%)
Cardiopatia	22(26,8%)	19(22,3%)

A presença da retinopatia foi maior no grupo não aderente (57,6%) comparada ao grupo aderente (41,4%). A partir do teste qui-quadrado, observa-se que essa diferença é estatisticamente significativa, indicando uma associação entre a presença de problemas na visão e não adesão ao medicamento [$\chi^2 = 4,37$; gl=1; $p < 0,05$]. A neuropatia, conhecida entre as pessoas que vivem com DM 2 como a doença dos nervos, mostrou ser mais comum entre os participantes do grupo não aderente (37,6%) comparado ao grupo aderente à medicação (19,5%). Aqui se constata que essa diferença entre os grupos é estatisticamente significativa [$\chi^2 = 6,70$; gl=1; $p < 0,05$]. Embora o resultado sobre a presença do pé diabético tenha obtido um percentual maior entre os participantes do grupo não aderente (22,3%) em relação aos participantes do grupo aderente (17,1%), o teste do qui-quadrado indicou que essa diferença não é estatisticamente significativa [$\chi^2 = 0,73$; gl=1; NS]. A presença da nefropatia entre os participantes obteve um resultado maior para os participantes do grupo não aderente (22,3%) comparado ao resultado no grupo aderente (11,0%). Com base no teste qui-quadrado, há uma associação entre a presença de complicações nos rins e não adesão à medicação [$\chi^2 = 3,87$; gl=1; $p < 0,05$].

5.2.2 Escala para Medir Intenção Comportamental

A análise dos resultados obtidos com a aplicação da escala seguiu o modelo da teoria do comportamento planejado (Ajzen, 1991), descrita anteriormente nesta pesquisa. Para esta teoria, a intenção comportamental é considerada o antecedente imediato do comportamento, nessa pesquisa, a adesão ao tratamento do DM. A intenção comportamental seria então, determinada por três construtos: a atitude, a norma subjetiva e a percepção de controle comportamental,

consideradas suas medidas diretas. As medidas diretas, por sua vez, possuem suas medidas indiretas, crenças comportamentais, crenças normativas e crenças controle.

Na Tabela 15 são apresentadas as correlações entre os itens do instrumento proposto para medir intenção comportamental, e o construto. Observaram-se correlações fortes entre as medidas diretas de normas sociais e percepção de controle comportamental, e suas medidas indiretas crenças normativas ($r=0,54$) e crenças de controle ($r=0,51$), respectivamente. As crenças de controle representaram o item da escala com maior correlação com a intenção comportamental ($r=0,64$). A percepção de controle comportamental também está fortemente correlacionada à intenção comportamental ($r=0,49$).

Tabela 15: Correlações entre os itens da escala ($n=167$).

Medidas	Atitude	NS	PCC	IC	CC	CN
A						
NS	0,16*					
PCC	0,28**	0,11				
IC	0,29**	0,29**	0,49**			
CRECOMP	0,27**	0,18*	0,24**	0,23**		
CRENORM	0,30**	0,54**	0,17*	0,26**	0,21**	
CRECONT	0,35**	0,15*	0,51**	0,64**	0,29**	0,21**

A – Atitude; NS – Normas Subjetivas; IC – Intenção Comportamental;

PCC – Percepção de Controle Comportamental; CRECOM – Crenças Comportamentais; CRENORM – Crenças Normativas; CRECONT – Crenças Controle.

** $p < 0,001$ a $< 0,01$

* $p = 0,01$ a $0,05$

Foram encontradas correlações significativas, entre as medidas diretas e indiretas da intenção comportamental. Para as medidas diretas de norma social e percepção de controle comportamental e suas medidas indiretas a correlação foi considerada forte ($r=0,54$). Em relação à intenção comportamental, as variáveis estudadas com maior correlação foram: a percepção de controle comportamental, e sua medida indireta as crenças de controle.

Tabela 16: Análise consistência interna dos itens de cada domínio.

Medidas	Covariância média interna- item	Número itens escala	Consistênci a interna*
<i>Diretas</i>			
A	0,05	3	0,11
NS	0,18	3	0,23
PCC	0,28	3	0,34
<i>Indiretas</i>			
CRECOMP	0,10	6	0,39
CRENORM	0,23	6	0,48
CRECONT	0,29	9	0,64
A + CRECOMP	0,11	9	0,44
NS+ CRENORM	0,29	9	0,64
PCC+CRECONT	0,44	9	0,68
IC	0,05	3	0,10

* Alpha de Cronbach

Verificou-se que nenhuma das medidas diretas da intenção comportamental, alcançou a consistência interna desejada (0,60). Entre as medidas indiretas as crenças de controle atingiram o valor recomendado (0,64). Adicionadas as medidas diretas e indiretas, o binômio: crenças comportamentais e atitudes foi o único que não atingiu a recomendação, em relação ao valor do Alpha de Cronbach (Tabela 16).

Tabela 17: Regressão linear da associação entre medidas diretas e indiretas de intenção comportamental.

Medidas	Coef	IC 95%	Const	p	R²
<i>Diretas</i>					
A	0,23	0,11; 0,35	3,28	<0,001	0,05
NS	0,23	0,11; 0,34	3,25	<0,001	0,07
PCC	0,41	0,30; 0,52	2,64	<0,001	0,41
<i>Indiretas</i>					
CRECOMP	0,35	0,12; 0,57	2,73	0,002	0,05
CRENORM	0,27	0,11; 0,42	3,08	0,001	0,07
CRECONT	0,50	0,41; 0,59	2,38	<0,001	0,41

Na Tabela 17 são apresentados os coeficientes obtidos por meio da regressão linear das medidas diretas e indiretas da intenção comportamental. Todas as medidas diretas e indiretas estiveram associadas à intenção comportamental. Observou-se que as medidas indiretas e diretas de controle foram aquelas com maior potencial explicativo da intenção comportamental, isoladamente cada uma explicou 41% da variação do desfecho.

Quando criado um modelo de análise considerando apenas as medidas diretas como preditores da intenção comportamental, observou-se que conjuntamente elas explicaram 31% do construto. A percepção do controle comportamental e as normas sociais (coeficientes de 0,26 e 0,11, respectivamente) representaram os componentes diretos com maior potencial na determinação da intenção comportamental. Quanto maiores os escores para as duas dimensões, mais positiva a intenção comportamental (Tabela 18).

Tabela 18: Análise de regressão linear múltipla apenas com componentes medidas diretas da escala.

Medidas	Coefficiente	IC 95%	P
<i>Diretas</i>			
A	0,11	-0,002; 0,22	0,054
NS	0,17	0,07; 0,28	0,001
PCC	0,36	0,25; 0,47	<0,001

Constante = 1,69

$R^2 = 0,31$

Ao se incluir no modelo, tanto as medidas diretas quanto indiretas (Tabela 19), verificou-se que dentre as medidas indiretas apenas as crenças de controle permaneceram significativamente associadas ao desfecho (coeficiente de 0,39, valor de $p < 0,001$). Dentre as medidas diretas, as normas subjetivas e a percepção de controle comportamental (coeficiente de 0,14, valor de $p = 0,010$; 0,17, 0,002, respectivamente), mantiveram-se associadas à intenção comportamental. Conjuntamente as variáveis explicaram 46% da variação da intenção comportamental.

Tabela 19: Análise de regressão linear múltipla com todos os itens.

Medidas	Coefficiente	IC 95%	p
<i>Diretas</i>			
A	0,02	-0,08; 0,12	0,701
NS	0,14	0,03; 0,25	0,010
PCC	0,17	0,06; 0,28	0,002
<i>Indiretas</i>			
CRECOMP	0,001	-0,18; 0,18	0,991
CRENORM	0,01	-0,13; 0,16	0,858
CRECONT	0,39	0,28; 0,50	<0,001
Constante = 1,41			
$R^2 = 0,46$			

Na Tabela 20 são apresentadas as médias das medidas diretas e indiretas, de acordo com as categorias de intenção comportamental, divididas de acordo com a mediana de distribuição da variável entre os avaliados. Observou-se que as médias foram sempre superiores para o grupo com intenção comportamental mais positiva, embora para os itens normas subjetivas e crenças comportamentais o nível crítico de 5% não tenha sido alcançado. As maiores diferenças entre os dois grupos foram observadas para o binômio: percepção de controle comportamental (3,48 *versus* 4,19, $p < 0,001$) e sua medida indireta crenças de controle (3,21 *versus* 4,16, $p < 0,001$).

Tabela 20: Descrição das medidas diretas e indiretas de acordo com Intenção Comportamental.

Medidas	Intenção Comportamental 2,30 – 4,33 (n=97)	Intenção Comportamental 4,34 – 5,00 (n=70)	P*
	Média (DP)	Média (DP)	
<i>Diretas</i>			
A	3,71 (0,87)	4,09 (0,87)	0,006
NS	4,03 (0,85)	4,29 (0,96)	0,069
PCC	3,48 (0,89)	4,19 (0,62)	<0,001
<i>Indiretas</i>			
CRECOMP	4,15 (0,47)	4,29 (0,50)	0,062
CRENORM	4,00 (0,67)	4,35 (0,69)	0,002
CRECONT	3,21 (0,81)	4,16 (0,77)	<0,001

* Teste t de Student não pareado.

DP = Desvio-padrão.

A Tabela 21 apresenta a associação entre variáveis analisadas e a adesão ao tratamento medicamentoso, avaliada por meio da Regressão Logística. Na análise bruta, as variáveis: cuidado com a alimentação, crenças comportamentais e atitudes (Coeficiente 0,37 $p=0,012$), e crenças de controle e percepção de controle comportamental (coeficiente 0,50 $p < 0,001$), associaram-se a adesão ao tratamento medicamentoso. Os aderentes apresentaram pontuações maiores no construto intenção comportamental (0,66, $p=0,004$).

Observou-se que após análise ajustada apenas o binômio crenças de controle e percepção de controle comportamental permaneceu associado à adesão medicamentosa (coeficiente 0,47, $p=0,003$), ou seja, participantes que apresentaram escores maiores para as variáveis, apresentaram maior chance de seguir o tratamento medicamentoso.

Tabela 21: Análise de regressão logística da associação entre a adesão ao tratamento medicamentoso, e as variáveis investigadas.

Variáveis Categorias	Coef bruto (IC 95%)	P	Coef ajust (IC 95%)	P
<u>Demográficas</u>				
<u>Sexo</u>		0,824		
Masculino	Ref			
Feminino	-0,07 (-0,68; 0,54)			
<u>Cor pele</u>		0,616		
Branca	Ref			
Parda ou Negra	0,19(-0,56; 0,95)			
<u>Faixa etária</u>		0,974		
Até 59 anos	Ref			
60 ou mais anos	-0,01(-0,63; 0,61)			
<u>Socioeconômicas</u>				
<u>Escolaridade</u>		0,353		
Até 8 anos	Ref			
8 anos ou mais	0,39(-0,43; 1,21)			
<u>Renda familiar</u>				
Até 2 SM	Ref			
2 – 4 SM	0,15(-0,52; 0,83)	0,657		
>4 SM	0,12(-0,72; 0,97)	0,773		

Variáveis Categorias	Coef bruto (IC 95%)	P	Coef ajust (IC 95%)	P
<u>Medidas da IC</u>				
A+CRECOMP	0,37(0,08; 0,66)	0,012	0,12(-0,20; 0,45)	0,467
NS + CRENOR	0,13(-0,09; 0,36)	0,232	0,02(0,22; 0,27)	0,854
PCC + CRECONT	0,50(0,27; 0,74)	<0,001	0,47(0,16; 0,78)	0,003
IC	0,66(0,21; 1,11)	0,004	-0,03 (-0,65;0,60)	0,927
<u>Tempo diagnóstico</u>				
Até dez anos	Ref			
Dez anos ou mais	-0,28(-0,89;0,34)			
<u>Comportamentos relacionados à Adesão</u>				
<u>Exercício</u>		0,620		
Sim	Ref			
Não	-0,16(-0,79;0,47)			
<u>Alimentação</u>				
Sim	Ref	0,031		
Não	-0,69(-1,31; 0,06)			
<u>Consultas médicas</u>		0,075		
Sim	Ref			
Não	-0,79 (-1,67; 0,08)			
<u>Chás</u>		0,467		
Sim	Ref			
Não	0,23(-0,38; 0,84)			
<u>Exames</u>		0,518		
Sim	Ref			
Não	-0,32(-1,28; 0,65)			
<u>Causas DM</u>				
Emocional	Ref			
Hereditárias	-0,13(-0,90; 0,65)	0,753		
Alimentação	0,03(-0,75; 0,82)	0,935		

Na Tabela 22 são apresentadas as estatísticas descritivas para aderentes e não aderentes, ao reagrupar os itens da escala de intenção comportamental, referentes unicamente ao uso de medicamentos. Observou-se que ao agrupar todos os itens, aderentes apresentaram

escores maiores do que aquele observado para os não aderentes. Os itens referentes aos que compreendiam a intenção comportamental individual, também foram estatisticamente superiores para os aderentes (23,39 *versus* 20,41, valor de $p < 0,001$). Nos itens componentes das normas subjetivas, incluindo família e profissionais da saúde, os escores médios foram muito próximos para aderentes e não aderentes (22,63 *versus* 22,85, valor de $p = 0,672$).

Tabela 22: Descrição das medidas de intenção comportamental referentes ao uso de medicamentos de acordo com adesão ao tratamento medicamentoso para diabetes.

Medidas	Aderentes	Não aderentes	P*
	Média (DP)	Média (DP)	
IC	46,07 (3,13)	43,26 (4,47)	<0,001
A	23,39 (1,99)	20,41 (3,22)	<0,001
NS	22,63 (2,25)	22,85 (2,71)	0,672

* Teste t de Student não pareado

DP = Desvio-padrão

Na Tabela 23 são apresentadas as médias das medidas diretas e indiretas de intenção comportamental, para aderentes e não aderentes ao tratamento medicamentoso. Observou-se que os aderentes apresentaram valores maiores do que aqueles dos não aderentes para os itens investigados, alcançando a significância estatística para atitudes, e percepção de controle comportamental e suas medidas indiretas. Para o binômio percepção de controle comportamental e crenças de controle, a média do grupo não aderente foi de 6,87 pontos, enquanto para os aderentes foi 7,93. Para as atitudes foi de 7,86 e 8,30 para não aderentes e aderentes, respectivamente.

Tabela 23: Escores médios das medidas diretas e indiretas de intenção comportamental entre aderentes e não aderentes.

	Não Aderentes	Aderentes	
Medidas	Md (DP)	Md (DP)	P*
Preditores da IC			
A+ CRECOM	7,86 (1,07)	8,30(1,13)	0,0107
NS + CRENORM	8,16(1,58)	8,42(1,21)	0,230
PCC + CRECONT	6,87(1,55)	7,93(1,36)	<0,001

*Teste t de Student

5.2.3 Análise Fatorial de Correspondências (AFC)

A primeira análise foi constituída com base no material textual oriundo da pergunta “o que significa o diabetes para você” e o cruzamento do mesmo, com as modalidades sexo, adesão a medicação e não adesão a medicação, fonte de informação (tv), e causa do diabetes.

Para verificar a contribuição de cada modalidade em cada fator dividiu-se 100 pelo número de modalidades (nove), obtendo 12 como ponto de corte. Do mesmo modo dividiu-se 100 pela quantidade de palavras (elementos) integrantes de um fator e considerou-se para essa análise o valor médio acima de 1,8.

Na Tabela 24 são representados os três fatores obtidos com a análise que, juntos, explicaram 75,0% da variância, e as modalidades pertencentes a cada fator, assim como as coordenadas e os cossenos quadrados das variáveis.

Tabela 24: Resultados da primeira análise fatorial de correspondências referentes às modalidades ativas (definição do DM).

MODAL	P.REL	COORD			CONTRIB			Cos 2		
		F 1	F 2	F 3	F 1	F 2	F 3	F 1	F 2	F 3
<u>Adesão</u>										
ade_sim	11.39	0.12	-0.01	0.17	7.0	0.1	15.9	0.20	0.00	0.37
ade_não	13.61	-0.10	0.01	-0.14	5.8	0.1	13.3	0.20	0.00	0.37
<u>Fonte de Inf</u>										
tv_sim	14.98	-0.09	0.04	-0.14	4.7	1.0	15.4	0.18	0.04	0.47
tv_não	10.02	0.13	-0.06	0.21	7.1	1.5	23.0	0.18	0.04	0.47
<u>Sexo</u>										
masculino	11.96	0.20	0.00	-0.16	20.5	0.0	15.2	0.51	0.00	0.31
feminino	13.04	-0.19	0.00	0.15	18.8	0.0	13.9	0.51	0.00	0.31
<u>Causa DM</u>										
emocional	6.89	-0.30	-0.08	0.05	26.1	2.0	0.8	0.53	0.04	0.01
hereditario	9.25	0.13	-0.31	-0.07	6.4	38.1	2.0	0.13	0.70	0.03
alimentação	8.85	0.10	0.38	0.03	3.6	57.2	0.4	0.06	0.90	0.01

O Fator 1 traz as modalidades sexo e a causa emocional para o diabetes e explica 27,2% da variância. O Fator 2 foi responsável pela explicação de 25,6% da variância e traz a modalidade causa do diabetes. Por último, o Fator 3 traz as modalidades adesão e não adesão a medicação, fonte de informação (tv) e sexo, retendo 22,2% da variância.

A identificação dos elementos representacionais que contribuem para cada fator, bem como o valor de sua contribuição absoluta, além das modalidades que compõem cada fator encontram-se identificados na Tabela 25.

Tabela 25: Síntese das contribuições dos Fatores 1, 2 e 3 referente a definição do diabetes.

FATOR 1			FATOR 2			FATOR 3		
MODALIDADE	COORD.	CO ABS.	MODALIDADE	COORD.	CO ABS.	MODALIDADE	COORD.	CO ABS.
<u>Sexo</u>			<u>Causa DM</u>			<u>Adesão</u>		
Masculino	0,20	20,5	Hereditário	- 0,31	38,1	Sim	0,17	15,9
Feminino	- 0,19	18,8	Má	0,38	57,2	Não	- 0,14	13,3
<u>Causa DM</u>			alimentação			<u>Fonte TV</u>		
Emocional	- 0,30	26,1	<u>Palavra</u>			Sim	- 0,14	15,4
<u>Palavra</u>			produz	0,67	4,4	Não	0,21	23,0
ficar	- 0,45	7,9	doce	0,33	3,6	<u>Sexo</u>		
horário	- 0,71	6,0	coração	0,47	3,1	Masculino	- 0,16	15,2
nunca	- 0,71	3,3	estar	- 0,30	2,9	Feminino	0,15	13,9
abaixa	- 0,48	3,0	comida	0,14	2,8	<u>Palavra</u>		
causa	0,38	2,7	atrapalha	- 0,38	2,6	sei	- 0,23	5,0
sintomas	0,55	2,4	diabetes	- 0,09	2,6	terrível	- 0,38	3,1
seria	0,35	2,1	seca	- 0,53	2,4	aparecer	0,52	3,0
certo	- 0,43	2,0	medo	- 0,45	2,3	olhos	0,43	2,9
cabeça	- 0,41	2,0	achar	0,21	2,3	já	- 0,23	2,9
olhos	0,39	2,0	resto	- 0,48	2,0	sente	- 0,40	2,9
						dá	0,34	2,6
						ataca	- 0,42	2,5
						onde	0,50	2,4
						bom	- 0,41	2,2
						era	- 0,44	2,2
						grave	0,37	2,0
						outros	- 0,28	1,9

Fator 1 (mulheres + causa DM emocional X homens)

Fator 1 (*mulheres + causa DM emocional X homens*)

No Fator 1 as mulheres juntamente com a causa emocional do diabetes se opõem aos homens. Os elementos associados às mulheres e a causa emocional do diabetes são: ficar, horário, nunca, abaixa, cabeça, incomoda, prejudica, que denotam uma representação do diabetes ligada a aspectos internos, ou seja, o diabetes incomoda, prejudica. Porém, é observado que se a pessoa fizer o tratamento de forma correta, certa, o diabetes não incomoda e não prejudica. O cuidado com o horário de ingerir a medicação, assim como reconhecer que é uma doença que nunca mais deixará de fazer parte da vida de quem vive com DM sinaliza que é reconhecido a cronicidade da mesma.

Para os homens, os elementos que apareceram foram: sintomas, causa, olhos, seca, descobrir, açúcar, bastante. Diferentemente dos elementos observados no lado das mulheres, esses sugerem que o DM está ligado a aspectos mais práticos, aos sintomas, a algum órgão do corpo afetado por ele. O diabetes nem sempre deixa claro a sua causa, mas é reconhecido que o açúcar em excesso pode contribuir para o seu surgimento.

Fator 2 (*Causa DM hereditariedade X alimentação*)

O Fator 2 apresenta a causa do diabetes com maior contribuição e, nesse caso, a hereditariedade se opondo a má alimentação. Para aqueles que consideram a hereditariedade como causa do DM, a representação traz elementos ligados ao medo de que o diabetes, por ser uma doença sem cura, atrapalhará a vida como um todo. Porém, viver com diabetes também pode ser visto como normal na medida em que outras pessoas da sua família também possuem essa doença. Os elementos ligados a má alimentação como causa do diabetes foram: achar, comida, coração, doce, produz, ruim. Fica evidente a perspectiva de que o diabetes é uma doença que vai se instalando aos poucos na medida em que o hábito alimentar decorrente dos costumes sociais e culturais não é encarado como um problema ou ruim.

Fator 3 (*adesão_sim, tv_não, mulheres X adesão_não, tv_sim, homens*)

No Fator 3 encontram-se de um lado os homens, não aderentes e a tv como fonte de informação. Ao mesmo tempo em que a televisão pode trazer informações que auxiliam no conhecimento, e isso é algo bom, ainda evidencia-se uma perspectiva ligada a elementos negativos, como a doença que ataca e que é terrível. Opondo-se a essas variáveis, observa-se que para as mulheres, aderentes e que não utilizam a tv como

fonte de informação para o diabetes, os elementos trazem uma perspectiva ligada ao aparecimento do diabetes por meio das complicações, ou seja, reconhecem que o diabetes é grave e alguns órgãos podem ser atingidos, como por exemplo, os olhos.

A Figura 8 mostra a representação gráfica dos dois primeiros fatores no plano cartesiano. As palavras que contribuíram para o Fator 1 aparecem sublinhadas e as palavras que contribuíram para o Fator 2 estão em *itálico*.

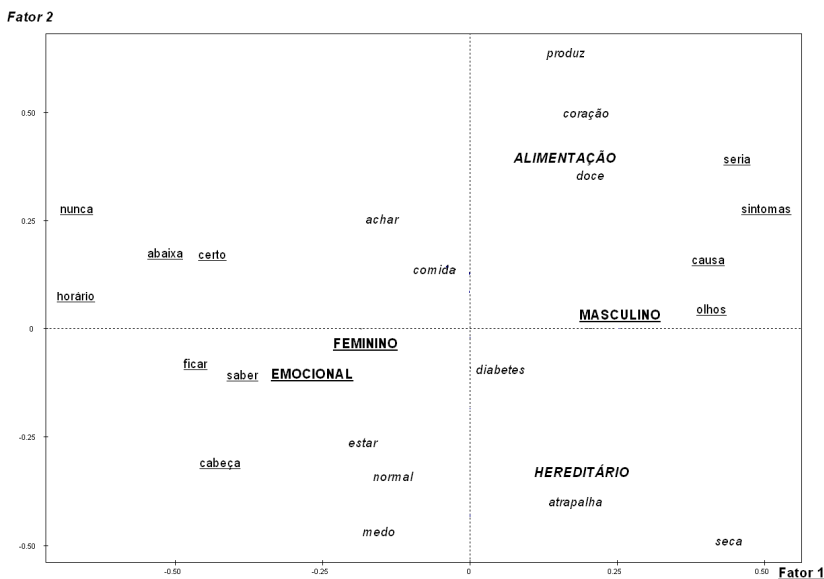


Figura 8: Representação gráfica dos planos fatoriais 1 (sublinhado) e 2 (*itálico*), referente a primeira AFC.

A partir da leitura das oposições nos fatores 1 e 2 responsáveis por 52,72% da variância, constata-se que para os homens o diabetes é representado a partir de aspectos mais práticos e ligados aos sintomas que surgem no corpo. Já as mulheres, trazem a representação ligada a aspectos mais subjetivos, psicológicos, inclusive associando a causa do diabetes ao emocional. Quando se observam os elementos pertencentes as causas do DM representadas no Fator 2, onde de um lado temos a hereditariedade e de outro lado a má alimentação, a causa hereditária traz elementos que indicam uma possível conformidade e dessa forma, o diabetes é visto como normal, mas atrapalha. Já a má alimentação

ênfatisa o corpo atingido pelo diabetes como algo que acompanha a doença, ou seja, o diabetes é ruim porque produz outras doenças.

A segunda análise fatorial de correspondências foi constituída com base no material textual oriundo da pergunta “quais as vantagens em seguir o tratamento para o diabetes” e o cruzamento do mesmo com as modalidades sexo; adesão a medicação e não adesão a medicação, problemas de visão (sim ou não) e renda familiar.

Para se obter o número de corte, procedeu-se da mesma maneira descrita na primeira análise, ou seja, dividiu-se 100 pelo número de modalidades (nove), obtendo 12 como ponto de corte. Em seguida dividiu-se 100 pela quantidade de palavras (elementos) integrantes de um fator e considerou-se para essa análise o valor médio acima de 2,0.

Tabela 26: Variáveis ativas na segunda Análise Fatorial de Correspondências (vantagens do tratamento).

MODAL	P.REL	COORD			CONTRIB			CO 2		
		F 1	F 2	F 3	F 1	F 2	F 3	F 1	F 2	F 3
<u>Adesão</u>										
ade_sim	12.09	0.02	-0.08	0.01	0.3	4.7	0.0	0.01	0.16	0.00
ade_não	12.91	-0.02	0.08	-0.01	0.2	4.4	0.0	0.01	0.16	0.00
<u>Sexo</u>										
masculino	11.90	-0.25	-0.02	-0.04	31.8	0.3	1.2	0.82	0.01	0.02
feminino	13.10	0.23	0.02	0.03	28.8	0.3	1.1	0.82	0.01	0.02
<u>Prob Visão</u>										
pvi_sim	11.97	-0.03	0.25	-0.07	0.6	42.4	3.8	0.02	0.86	0.06
pvi_não	13.03	0.03	-0.23	0.06	0.5	39.0	3.5	0.02	0.86	0.06
<u>Renda Fam</u>										
até dois s m	8.40	0.26	0.05	-0.02	24.2	1.3	0.3	0.63	0.03	0.00
de 2 a 4 s m	11.03	-0.10	-0.09	-0.18	4.9	4.8	26.7	0.16	0.12	0.52
mais que 4 s m	5.56	-0.19	0.10	0.40	8.6	2.8	63.4	0.17	0.04	0.76

A Tabela 26 apresenta os três fatores obtidos com a análise das vantagens em seguir o tratamento e as modalidades pertencentes a cada fator, assim como as coordenadas e os cossenos quadrados. Os três fatores foram responsáveis por 76,34% da variância. O Fator 1 reteve 32,31% da variância e traz a variáveis sexo, renda familiar até dois salários mínimos; o Fator 2 explica 24,89% da variância e apresenta a variável problema de visão; o Fator 3 traz a variável renda familiar de

dois a quatro salários e acima de quatro salários mínimos. A modalidade adesão ou não adesão a medicação reteve somente 14,0% da variância e aparece no quarto fator, porém, optou-se pela apresentação dos resultados dos três primeiros fatores como constata-se na Tabela 26.

A identificação dos elementos representacionais que contribuem para cada fator, bem como o valor de sua contribuição absoluta, além das modalidades que compõem cada fator encontra-se identificados na Tabela 27.

Tabela 27: Síntese das contribuições dos Fatores 1, 2 e 3 referente a vantagens do tratamento.

FATOR 1			FATOR 2			FATOR 3		
MODALIDADE	COORD.	CO ABS.	MODALIDADE	COORD.	CO ABS.	MODALIDADE	COORD.	CO ABS.
<u>Sexo</u>			<u>Probl. visão</u>			<u>Renda</u>		
Masculino	- 0,25	31,8	Sim	0,25	42,4	<u>familiar</u>		
Feminino	0,23	28,8	Não	- 0,23	39,9	De 2 a 4 sm	- 0,18	26,7
<u>Renda</u>			<u>Palavra</u>			Mais que 4 sm	0,40	63,4
<u>Familiar</u>			vezes	0,40	5,6	sm		
Até 2 sm	0,26	24,2	certo	- 0,23	4,5	<u>Palavra</u>	- 0,41	5,4
<u>Palavra</u>			açúcar	0,46	3,6	dor		
comida	0,26	8,2	falar	- 0,45	3,4	cuidado	0,24	5,0
dor	- 0,62	7,3	saber	0,35	3,0	melhora	- 0,17	4,7
pé	- 0,65	5,5	subir	- 0,38	2,8	mal	0,29	3,6
regras	- 0,70	5,3	precisar	- 0,45	2,8	chegar	0,41	3,6
médico	0,35	5,0	passar	0,33	2,5	começar	0,26	2,7
pernas	- 0,46	4,1	ajuda	- 0,24	2,5	insulina	0,30	2,6
começar	- 0,39	3,6	alimentação	0,35	2,4	viver	0,16	2,5
muito	0,22	3,3	ter	- 0,22	2,4	baixar	- 0,15	2,4
alterada	0,21	2,9	acho	- 0,18	2,4	complicações	- 0,35	2,3
parar	- 0,19	2,9	manter	- 0,30	2,3	doçura	- 0,29	2,2
estar	0,21	2,5	gosto	- 0,41	2,3	bom	0,19	2,2
precisar	- 0,45	2,1	cada	0,34	2,0			
peessoa	- 0,25	2,1						
sofrimento	- 0,45	2,1						

Fator 1 (homens X mulheres, renda familiar de até 2 sm).

Fator 1 (*homens X mulheres, renda familiar de até 2 sm*)

No Fator 1 os homens se opõem a mulheres e a renda familiar de até dois salários mínimos. Os elementos que compõem o lado dos homens são: dor, pé, pernas, regras, sofrimento, começar, parar, precisar. A perspectiva que se apresenta está ligada ao tratamento que é vantajoso e que consegue diminuir o sofrimento, pois ameniza a dor em partes do corpo atingidas pela doença. Para as mulheres com renda familiar de até dois salários mínimos, a vantagem do tratamento situa-se mais em elementos que denotam as ações a serem tomadas por essas pessoas: comida, médico, muito, alterada, estar. Ou seja, constata-se que ao controlar a comida e a frequentar o médico, o diabetes passa a ser controlado e, por isso, a vantagem do tratamento.

Fator 2 (*problema de visão_sim X problema de visão_não*)

No Fator 2 a variável problema de visão foi a que mais contribuiu. No lado onde o problema de visão é constatado, os elementos foram: açúcar, alimentação, passar, saber, vezes, cada. Aqui a perspectiva passa a estar ligada ao cuidado necessário para evitar o agravamento do DM. Quem já desenvolveu uma complicação por conta do diabetes enfatiza que o tratamento correto se dá pelo controle alimentar e diminuição do açúcar e, dessa forma, impede o agravamento da doença. Já para quem não desenvolveu um problema de visão por conta do diabetes, os elementos que apareceram nesse lado, mostram o quanto é necessário o tratamento para manter o controle do diabetes. Mas aqui se constata o sentido da obrigação (precisar, certo, ter) como medida de afastamento de possíveis complicações. Se não cuidar, se não manter o diabetes controlado, alguma parte do corpo será afetada.

Fator 3 (*Renda fam. de 2 a 4 sm X Renda fam. acima de 4 sm*)

Por último, o Fator 3 apresenta a oposição de um lado com renda salarial de dois a quatro salários mínimos e, de outro, mais que quatro salários mínimos. Os elementos que compõem o lado com renda superior a quatro salários apontam para o fato de que é vantajoso seguir o tratamento, pois ao começar a cuidar do diabetes, a pessoa conseguirá viver melhor e não precisará iniciar a aplicação de insulina. A perspectiva aqui se volta para algo mais amplo. Para as pessoas que possuem renda de dois a quatro salários, a vantagem do tratamento se dá por conta de evitar as complicações, a dor. Aqui se observa uma visão mais prática, ou seja, ao seguir o tratamento evitando doçura, o diabetes ficará baixo e não surgirão as complicações.

A Figura 9 mostra a representação gráfica dos dois primeiros fatores no plano cartesiano. As palavras que contribuíram para o Fator 1 encontram-se sublinhadas, já as palavras que contribuíram para o Fator 2, em itálico.

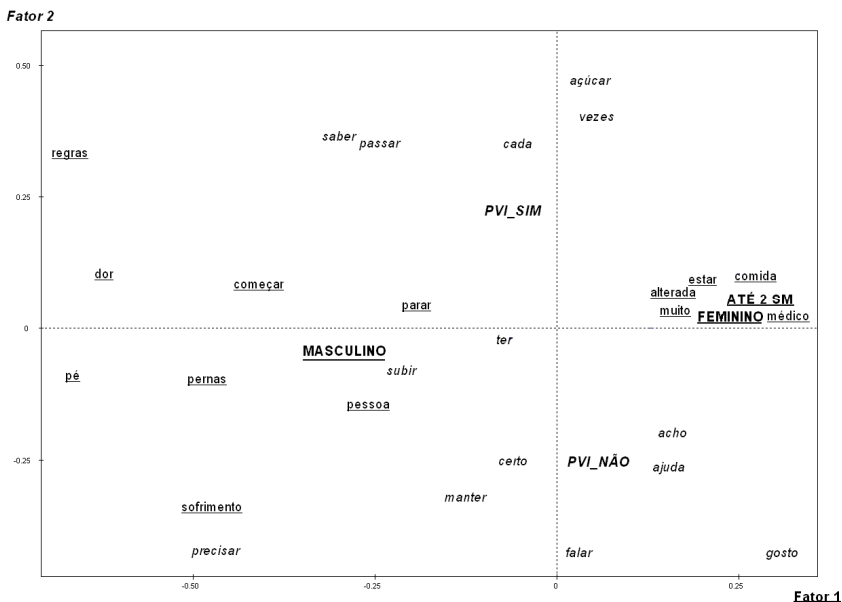


Figura 9: Representação gráfica dos planos fatoriais 1 (sublinhado) e 2 (itálico) referente a segunda AFC.

A partir da leitura das oposições nos fatores 1 e 2 responsáveis por 57,20 % da variância, constata-se elementos ligados às vantagens em seguir o tratamento para o diabetes, em uma perspectiva voltada para o alívio do sofrimento causado pelo não seguimento do tratamento. Esse sofrimento refere-se a sintomas mais físicos, como por exemplo, dores nas pernas, pés. A vantagem seria o alívio desse sofrimento. Por sua vez, para as mulheres, a vantagem se dá por conta da forma como o tratamento é feito. Os elementos evidenciam como o tratamento deve ser feito, ou seja, controlar a comida e frequentar o médico são ações que denotam o fato do tratamento estar sendo feito corretamente e com isso não haverá alteração na taxa glicêmica. O Fator 2 traz a modalidade

referente ao problema de visão. Observa-se que quando o problema já existe, os elementos destacam a importância de retomar o tratamento correto como forma de não agravar ainda mais essa complicação. Controlar o açúcar, por exemplo, ajuda a retomar taxas glicêmicas mais aceitáveis no sentido de impedir o agravamento do problema de visão. Quando o problema não existe, porém, as pessoas são conhecedoras do risco de desenvolverem doenças decorrentes da falta de tratamento para o diabetes, constata-se uma perspectiva de obrigatoriedade. O tratamento tem que ser feito, pois dessa forma é possível manter o controle glicêmico e adia-se o surgimento de alguma outra doença.

6 DISCUSSÃO

A presente pesquisa buscou avaliar a influência das RS e da intenção comportamental frente ao tratamento das pessoas com DM 2 no processo de adesão ao tratamento. Para tanto, dois estudos foram desenvolvidos, o primeiro descreveu as RS do diabetes e do tratamento, e o segundo identificou a intenção comportamental para o tratamento nessas pessoas, comparando os resultados entre os grupos: aderente e não aderente à medicação. Para fins de organização, a discussão obedecerá a sequência de apresentação dos resultados, subsidiando as análises mediante os objetivos propostos.

6.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO DIABETES E DO TRATAMENTO

O diabetes é uma doença crônica e seu controle passa por pontos chave como o uso correto da medicação, a dieta alimentar e a prática de exercícios físicos, porém, a literatura consultada evidencia que não se trata somente de buscar o controle da doença, é necessário vivenciar a doença, o diabetes. Muitas vezes viver com uma doença crônica significa relacionar-se de forma conflituosa com o social, pois a pessoa irá se sentir doente quando deixar de realizar atividades características do contexto em que vive e ao qual pertence (Adam & Herzlich, 2001).

O Estudo 1 buscou descrever as representações sociais do diabetes e do tratamento a partir da dimensão *informativa*, relacionada à organização dos conhecimentos que os indivíduos ou o grupo possuem a respeito de um determinado objeto social (Moscovici, 1978). Ou seja, refere-se à quantidade e à qualidade de conhecimento que o grupo (pessoas que vivem com o DM 2) possui a respeito de um determinado objeto social (diabetes), a tudo aquilo que essas pessoas conhecem acerca do objeto da representação.

A partir das entrevistas, constatou-se que o diabetes é representado como “a doença do não”. A partir dessa proibição surgem sentimentos de preocupação, incômodo e tristeza, pois quando a pessoa descobre que tem diabetes, vê-se obrigada a modificar hábitos pessoais de toda uma vida. As representações sociais como um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no cotidiano (Moscovici, 1961; 1981), auxiliam na compreensão das estratégias adotadas frente à condição crônica. Nesse caso, o diabetes representado como a doença do não, acarretará, para aquele que vive com DM, dificuldades em aceitar o

diagnóstico e, por conta disso, aderir ao tratamento de maneira adequada e completa.

Outro aspecto da representação acerca do diabetes refere-se ao seu caráter assintomático, que é constatado no início do seu diagnóstico e, em função disto, as pessoas representam o diabetes como “a doença dos sintomas” (dores nas pernas, boca seca, cansaço, fadiga, sede, etc.). Mas inicialmente, esses sintomas não são relacionados pelas pessoas que vivem com DM 2, como sintomas da doença. Na descoberta da doença, o que se constata é o desconhecimento sobre os principais sintomas presentes para a definição do DM. A pessoa só reconhece que, o que sentia era indicativo do DM depois que recebe o diagnóstico. Para Jodelet (2001), as representações são fruto de um aprendizado coletivo mediado pela linguagem, pelos símbolos e pelas imagens que a sociedade tem dos fenômenos sociais. Portanto, elas organizam e orientam as condutas e as comunicações sociais e se constituem como conjunto aberto, heterogêneo, transformado nas interações indivíduo-indivíduo e indivíduo-sociedade. Ou seja, se o diabetes inicialmente não se revela para a pessoa, ele então não existe. Se não existe, não há necessidade de tratá-lo. Mas a falta de tratamento faz com que as complicações surjam, e, só a partir dessa descoberta, o diabetes passa a existir para a pessoa.

Os participantes do estudo, reconhecendo o diabetes como uma doença silenciosa que se mantém durante anos sem aparentemente incomodar, não aderem ao tratamento de imediato. Isso encontra confirmação na literatura consultada, pois se acredita que 50% da população com DM 2 não sabe que é portador da doença e só descobre, quando as complicações decorrentes do diabetes aparecem, ainda que familiares já tenham desenvolvido a doença ou até mesmo tenham morrido por conta das complicações (Santos et al, 2008).

A adaptação do paciente frente ao diagnóstico de uma doença crônica impõe a criação gradativa de uma identidade relacionada à doença (Machado & Car, 2007), porém, a forma como a pessoa percebe a realidade e o fato de o diabetes ser uma doença silenciosa, dificulta ainda mais a construção dessa nova identidade e, consequentemente, a adesão ao tratamento.

No presente estudo, a descoberta do diabetes acabou acontecendo quando outras doenças já faziam parte da vida dessa pessoa, o que impõe um tratamento mais exigente no que se refere ao uso contínuo e diário de medicação e restritivo em termos de dieta alimentar. Muitos participantes do estudo reconhecem a necessidade do cuidado com a alimentação, porém as recomendações feitas pelos profissionais de

saúde e as crenças pessoais sobre alimentação constituem-se em obstáculos para a mudança na dieta, resultado consonante com o constatado na literatura por Xavier, Bittar e Ataíde (2009).

A dieta alimentar está ligada aos costumes, cultura, elementos internos e externos das pessoas que vivem com diabetes e, por sua vez, nem sempre estão de acordo com a exigência ou verdade promulgada pelo conhecimento científico (Barsaglini & Canesqui, 2010). Essa pode ser uma das razões para a representação social do diabetes como a doença do não.

Por sua vez, as mudanças de estilo de vida não são imediatas, principalmente quando o diagnóstico da doença é recente, pois ocorre todo um processo que evidencia um conjunto de relações e variáveis envolvidas nesta mudança. Pode-se afirmar que essas mudanças iniciam com a compreensão da doença e como lidar com essa nova situação, seguida pela modificação de hábitos de vida e a manutenção desses novos hábitos. Porém, essas mudanças, para serem efetivas, devem ocorrer a partir de uma decisão ou escolha da própria pessoa, pautada em uma compreensão pessoal.

O objetivo do tratamento do diabetes é seu controle, de modo a prevenir complicações, e, sobretudo, a mortalidade. Quando se consegue controlar a doença, observa-se uma melhor qualidade de vida com autonomia. Silva, Paes-Ribeiro & Cardoso (2006) constataram que pessoas com DM que apresentam sequelas crônicas do diabetes são mais aderentes aos cuidados alimentares quando comparadas a pessoas que não sofrem de complicações. Do mesmo modo, pessoas que apresentam doenças decorrentes do diabetes revelaram uma maior adesão ao tratamento farmacológico.

As representações sociais do tratamento, nesta pesquisa, revelaram ser difícil, porém vantajoso, ainda que proibitivo. O tratamento proíbe, por exemplo, o consumo de alimentos considerados essenciais para as pessoas que vivem com DM2, ou alimentos ligados aos costumes e cultura dessas pessoas. Manter o controle glicêmico e prevenir complicações crônicas do DM exige alguns comportamentos que devem ser integrados na rotina do diabético. Ou seja, inicialmente este deve seguir as recomendações dadas pelos profissionais de saúde, e depois o auto cuidado deve ser incorporado, implicando por um lado uma grande participação e controle de sua parte, e, por outro uma vigilância limitada dos profissionais. O desejo de continuar vivo ou de não sofrer as consequências impostas pelo diabetes, como por exemplo, a amputação de membros inferiores devido aos problemas circulatórios (Pitta, *et al.*, 2005; Rezende, *et al.*, 2008; Silva, *et al.*, 2010; Lucas,

Barichello, Zuffi, & Barbosa, 2010), contribui para que o seguimento do tratamento seja visto como vantajoso, porém, difícil.

O tratamento do diabetes para os participantes da pesquisa, ainda que afirmem o tripé medicação, dieta e atividade física, é reconhecido a partir do tratamento médico, ou seja, o uso da medicação é a forma mais evidenciada para manter a doença controlada. O atendimento à pessoa com DM, por conseguinte, está centrado no médico, que representa a Figura de maior demanda entre as pessoas para resolver problemas e complicações causados pelo diabetes. Constata-se que, mesmo sendo tratado por uma equipe pertencente à ESF, o modelo centrado na Figura do médico ainda não foi superado por uma prática interdisciplinar. Dessa forma, o resultado do atendimento em saúde está fortemente ligado à ação do médico, que assume posição estratégica.

Para os participantes do estudo, no tratamento do diabetes o médico é quem prescreve a medicação e possibilita acesso ao tratamento medicamentoso. Esse resultado vem ao encontro com os dados obtidos por Cotta, Batista, Reis, Souza, Castro, & Alfenas (2009): ao investigar o perfil socio sanitário e estilos de vida de hipertensos e/ou diabéticos, os pesquisadores constataram que os medicamentos (96,6%) eram a principal forma de tratamento dessas doenças. O tratamento farmacológico prevê a prescrição de medicamentos para o controle glicêmico do diabetes e a escolha do medicamento dependerá dos valores das glicemias no jejum e pós-prandial, da hemoglobina glicada, do peso, da idade, de complicações e doenças associadas (Oliveira, & Lerario, 2008).

Mesmo reconhecendo as vantagens em seguir o tratamento, na presente pesquisa foi possível constatar que a pessoa que vive com diabetes passa a se relacionar com a doença de forma antagônica. Para manter a taxa glicêmica dentro do permitido para um diabético, não basta somente fazer uso da medicação antidiabética, é necessário “fechar a boca” para alimentos considerados importantes e indispensáveis segundo os seus costumes, sua cultura a qual pertence e da qual ativamente participa. Daí a dificuldade em seguir de forma completa a dieta, pois o hábito alimentar envolve valores sociais e culturais mantidos por meio de tradições e costumes (Garcia, 2003).

A falta de adesão total ao tratamento, confirmada a partir dos resultados da presente pesquisa, indica o quanto se torna difícil desenvolver estudos com grupos aderentes e não aderentes ao tratamento. Nesse sentido, um dos critérios para a divisão dos grupos utilizados no presente estudo, foi a adesão ao tratamento medicamentoso, considerado um dos aspectos do tratamento como um

todo. Ou seja, mesmo pertencendo ao grupo que adere à medicação, esses participantes são aderentes parciais do tratamento.

Independente de aderir à medicação ou não, os participantes dos grupos investigados destacam que, o seguimento da dieta alimentar é algo difícil de acontecer, embora reconheçam que uma alimentação saudável auxilia no controle glicêmico. Esse dado encontra apoio na pesquisa desenvolvida por Santos e Araújo (2011). Os autores investigaram as dificuldades encontradas para a mudança de práticas alimentares de pessoas com DM 2, e constataram que a fome que os entrevistados dizem sentir é uma das dificuldades em aderir à dieta alimentar. Alguns fazem uso da medicação e a maioria faz dieta parcial ou intermitente, ou seja, a restrição alimentar é seguida quando sentem as alterações clínicas ou a glicemia está alterada. Para os autores, a alimentação não se limita a um ato que satisfaz somente as necessidades biológicas. Mais do que isso, ela representa valores sociais e culturais, envoltos em aspectos simbólicos que materializam a tradição na forma de ritos e tabus.

As representações sociais são utilizadas pelas pessoas para apropriarem-se dos objetos inseridos em seu cotidiano. Se, para os participantes do estudo, o tratamento é representado como difícil, mas vantajoso, necessário, mas proibitivo em termos de alimentação, a adesão tende a acontecer de maneira parcial, incompleta. E, sob essa perspectiva, parece ser mais fácil ingerir alguns comprimidos todos os dias do que alterar o estilo de vida. Uma insistência em recomendações que restringem dietas com muito sal, ou muito doces, que exigem a redução de peso ou a interrupção de hábitos considerados perigosos, como por exemplo, o fumo e o consumo de álcool, tendem a aumentar a não adesão de uma forma geral.

Buscando complementar a compreensão acerca das representações sociais do diabetes e do tratamento, foram analisadas as informações sobre onde e com quem as pessoas que vivem com DM 2 adquiriram o conhecimento e quais estratégias utilizam para controlar a doença.

O diabetes encontra-se inserido em um contexto ativo, dinâmico e participativo da vida das pessoas e dos seus grupos sociais. Sendo o conhecimento que as pessoas têm do seu universo, resultado de processos discursivos e, portanto, socialmente construídos (Wagner, 1998), é a partir dessas relações com os grupos de pertença, que decorrem as experiências e as práticas cotidianas. Essas relações permitem que as pessoas se apropriem e reconstruam os sentidos atribuídos aos objetos. Ou seja, essas experiências denotam e conotam

em sua organização e articulação, o vivido, a experiência do concreto e os interesses que as mobilizam.

Quando questionados acerca de onde aprenderam sobre o diabetes, com quem e quais estratégias utilizam para o controle da doença, o estudo possibilitou identificar duas categorias de respostas: o modelo biomédico e o modelo popular.

No **modelo biomédico**, as falas evidenciaram o domínio de um saber técnico científico, e a Figura do profissional de saúde, principalmente o médico, é vista como detentora do saber e nele é depositada toda confiança para o tratamento e informação sobre o diabetes. A informação sobre o diabetes, por sua vez, chega por meio de consultas individuais, palestras, grupos de educação em saúde, assim como veiculada por folhetos informativos sobre o diabetes, dieta alimentar, ou cuidados referentes a doença.

Outras fontes de informação apontadas no estudo e que contribuem para o conhecimento técnico e científico acerca do diabetes foram a televisão e a internet. Moscovici (1978) ao discutir o papel da comunicação na formação das representações sociais, salientou que a percepção pública de temas relevantes é construída com base nas informações transmitidas pela mídia. Essas informações que chegam das mais diversas formas, são apropriadas e reconstruídas pelas pessoas ou pelos grupos. Nesse sentido, a mídia exerce a função de mediadora do universo reificado e o universo consensual, e possibilita que as teorias sejam socializadas, transportadas para o senso comum.

Para Camargo e Barará (2004), a mídia possui papel fundamental na produção e veiculação das representações sociais, pois populariza conhecimentos produzidos pela ciência. As pessoas que vivem com diabetes buscam nos programas veiculados pela televisão ou nos sites visitados uma maior compreensão acerca das formas de tratamento e até mesmo do que é diabetes, confirmando assim que os meios de comunicação possibilitam a interação de diferentes formas de representação e imagens, diferentes pessoas, diferentes mundos.

No presente estudo, o modelo biomédico evidenciou que, embora as informações sobre o diabetes sejam obtidas a partir das relações com os profissionais de saúde pertencentes à ESF, política pública que valoriza a assistência integral à saúde, observa-se uma perspectiva norteada por um modelo de atenção à saúde que privilegia a doença. Essa perspectiva não valoriza a pessoa com suas características, seu estilo e seu contexto de vida, ou o significado que a doença tem para ele, mas pressupõe a obediência/subordinação, a disciplina e vigilância constantes. Constata-se que as estratégias utilizadas por esses

profissionais estão sumarizadas, para os participantes do estudo, na transmissão de informações (o que é o diabetes, o que fazer para controlar a doença, quais as complicações, o que não pode comer).

O conhecimento sobre o diabetes originado pelo **modelo popular**, por sua vez, que congrega elementos das representações sobre o diabetes dos participantes da pesquisa, apresenta um conteúdo de natureza informal, resultante da veiculação de informações elementares difundidas entre os grupos de pertença e que é próprio dos diálogos da vida cotidiana. Os espaços sociais, a sala de espera, as pessoas da comunidade são aceitas como fontes de informação e troca de conhecimento sobre o diabetes e contribuem para a construção das representações sociais sobre este objeto.

No presente estudo, a família aparece como uma fonte de informação importante sobre o diabetes, podendo influenciar o comportamento de adesão de seus membros. Esse resultado coaduna com a pesquisa realizada junto a pessoas com diabetes desenvolvida por Santos, Alves, Pinheiro, Ribas, Teixeira, & Zanetti (2011) e que investigou suas representações sociais acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. A conclusão do estudo indicou que o apoio da família está presente no cotidiano da pessoa com diabetes, porém, muitas vezes cabe a própria pessoa com diabetes tomar para si a responsabilidade de despertar o apoio da família. Esse resultado também foi encontrado nesta pesquisa junto às pessoas que vivem com DM 2 quando referem que se responsabilizam pelas mudanças nos hábitos de vida e pelo tratamento.

As alterações que o diabetes produz no contexto familiar podem levar a um movimento que parte da pessoa com DM e que vai se propagando como uma onda que atinge os demais membros da família, envolvendo-os e convidando-os a mudar, juntos, certos hábitos de vida consolidados. Ou seguir em outra direção, onde a pessoa não fica simplesmente esperando que seus familiares se sensibilizem e se tornem permeáveis à necessidade de mudança de seus hábitos, mas de algum modo se co-responsabiliza pela produção de seu auto cuidado (Santos et al, 2011).

Além dos familiares, a pesquisa realizada evidenciou que o conhecimento sobre o diabetes foi adquirido a partir da própria experiência com a doença, assim como de outras pessoas encontradas nas salas de espera das UBS ou até mesmo de pessoas que vivem com DM e compartilham atividades na unidade de saúde, como, por exemplo, os grupos de educação em saúde. É possível afirmar que o conhecimento sobre DM, por parte dos participantes do estudo e com as

estratégias por eles apontadas, é elaborado de forma mais coerente com a realidade da pessoa e seu conteúdo destaca a influência e a explicação de comportamentos referentes ao tratamento e ao enfrentamento da doença.

Observa-se que para a população estudada, as estratégias utilizadas para controlar o diabetes vão além das indicadas pela medicina convencional. Admite-se que uma das principais razões para o uso de terapias alternativas ou complementares (oração, massagem, acupuntura, remédios extraídos de plantas, etc.) seja a tendência das pessoas que vivem com uma condição crônica de assumirem posições mais ativas no tratamento do diabetes e da busca por diferentes formas de cuidado (WHO, 2003).

A estratégia ligada ao modelo popular e mais aceita pela população do estudo refere-se ao uso de chás caseiros. Autores, como por exemplo, Dhan, Shah, Hirsch e Banerji (2006) e Borges, Bautista e Guileria (2008), constataam o uso de remédios extraídos de plantas como tratamento complementar para o diabetes, porém, afirmam que são necessários mais estudos que comprovem a eficácia e mecanismo de ação desses medicamentos e potenciais interações com remédios prescritos por profissionais da medicina para controle glicêmico.

Os resultados do presente estudo, referente ao uso de chás caseiros, encontram apoio no estudo desenvolvido por (Santos & Araújo, 2011), envolvendo 300 pessoas usuárias de uma policlínica. Nesse estudo, os autores constataram que 60,4% dos sujeitos utilizam ervas e 63,4% adquiriram conhecimento sobre elas com familiares. Os motivos que justificaram o uso de ervas foram: sensação de melhora (32,2%) e caráter natural das ervas (33,5%). A adoção das ervas atende à subjetividade do sujeito em seu contexto sócio-cultural e permanece como complementar ou suplementar às terapêuticas oficiais. Ou seja, afirmam que o uso de chás e simpatias envolve sentimentos de fé e auto cuidado e, nesse caso, mesmo que não tenham um efeito farmacológico sobre o diabetes, não se pode duvidar de uma possível eficácia simbólica.

Outra estratégia apontada pelos participantes para enfrentarem o diabetes, refere-se a oração e fé. A religião surge como um apoio para enfrentar as mudanças decorrentes do adoecimento, pois pela crença em um ser divino, tenta-se atribuir significados ao diabetes e ao tratamento. A forma como a pessoa vê o diabetes também influencia no controle da doença, ou seja, passa-se a aceitar a doença e não vê-la como um problema. Nesse caso, a pessoa acaba agindo em conformidade com os significados que atribui ao diabetes.

A diversidade de estratégias para tentar controlar o diabetes é motivada pelas experiências individuais e pelo contexto social. O conhecimento do senso comum, as informações e hábitos de grupos sociais frente ao tratamento do diabetes tornam-se mais familiar às pessoas que vivem com o DM 2. Isso se dá pelo processo de elaboração cognitiva e simbólica no âmbito das relações e comunicações sociais (Abric, 1996).

Apesar da importância do conhecimento do senso comum no controle do diabetes, as pessoas que vivem com essa condição crônica reconhecem o que precisa ser feito a partir do discurso médico e consideram importantes essas recomendações. Ao modificarem hábitos de vida, ao fazerem uso correto da medicação, estarão contribuindo para a prevenção de doenças mais graves e, dessa forma, passam a encarar o tratamento como algo necessário, difícil, porém vantajoso. Observa-se, portanto, com os resultados desta pesquisa, a integração dos conhecimentos médico e do senso comum no enfrentamento da doença, o que se constitui como desafio para as políticas públicas interessadas na prevenção das consequências do DM e no cuidado com a pessoa que convive com a doença.

6.2 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA, ECONÔMICA E CLÍNICA

A presente pesquisa constatou que os participantes dos grupos investigados apresentam baixa escolaridade, ou seja, até oito anos de estudo. Isso demonstra que para essa amostra a baixa escolaridade não se relaciona com a adesão ou não adesão à medicação. Esses resultados coadunam com os achados do estudo desenvolvido por Torres, Pace, & Stradioto (2009), que analisou as características sócio demográficas e a sua relação com os conhecimentos gerais, atitudes em diabetes, autogerenciamento dos cuidados e controle glicêmico, metabólico dos indivíduos com diabetes. Os autores afirmaram que não houve relação entre controle glicêmico e sexo, idade e nível de escolaridade. Porém, esse resultado contraria os achados de outros estudos, como por exemplo, o desenvolvido por Xu, Toobert, Savage, Pan, & Whitmer (2008), que observou uma relação entre os níveis de escolaridade e a capacidade das pessoas em melhorar os conhecimentos sobre DM para controle da doença. Embora não tenha sido estabelecido, para essa amostra, a relação entre escolaridade e adesão ao tratamento medicamentoso, arriscar-se-ia afirmar que a baixa escolaridade pode

dificultar o acesso às informações e trazer menores oportunidades de aprendizagem para o controle glicêmico.

No que se refere ao estado civil e a situação familiar dos participantes, os resultados foram semelhantes para os dois grupos. A amostra apontou para um percentual superior a 70% de pessoas casadas ou em união estável, e 36,5% para pessoas que convivem com companheiros(as) e filhos(as). A situação econômica dos participantes foi outro achado no estudo que revelou resultados semelhantes e também encontrou apoio na literatura consultada (Torres, Pace, & Stradioto, 2009). A renda familiar encontra-se acima de dois salários mínimos nos grupos e residir em casa própria, é uma realidade para 158 pessoas (80 participantes não aderentes à medicação e 78 aderentes) de um total de 167. Com relação à ocupação indicada pelos participantes, predominou aposentado ou pensionista, com um percentual superior para pessoas que aderem à medicação. Por sua vez, o carro próprio, outro bem material investigado, obteve resultado menor, 53,3% dos participantes afirmam contar com esse bem. Mesmo observando pequenas diferenças nos resultados dos grupos, as mesmas não foram consideradas estatisticamente significativas, ou seja, pessoas que aderem à medicação não diferem de pessoas que não aderem em relação a situação econômica.

Os resultados apontados pela população estudada em relação a situação econômica, encontra apoio na literatura consultada. O estudo desenvolvido por Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2006) com 316 pessoas com DM, avaliou a importância das características demográficas e clínicas associadas à adesão ao tratamento do diabetes. Seus resultados sugerem que as variáveis demográficas, o tipo de diabetes e o nível de controle glicêmico, de uma forma geral, não estão associados a diferenças na adesão ao tratamento. Porém, os resultados de um estudo desenvolvido por Assunção e Ursine (2008), ao verificar se os fatores demográficos e sócio econômicos estariam associados à adesão ao tratamento não farmacológico, contrapõe aos resultados da presente pesquisa, pois para esses autores existe uma associação significativa entre adesão ao tratamento farmacológico e baixa renda e local de residência.

Segundo a IDF (2011) o diabetes é uma doença crônica que se caracteriza por hiperglicemia (níveis elevados de glicose no sangue), resulta da falta de insulina ou resistência a insulina, possui um componente genético, e algumas pessoas são mais suscetíveis a desenvolver a doença do que outras. No presente estudo, os resultados apontam para a concordância entre os grupos investigados quanto às

prováveis causas do diabetes. A hereditariedade é indicada como a principal causa para o desenvolvimento do diabetes, seguido da má alimentação e dos problemas emocionais. Esse resultado coaduna com as conclusões de Jorde, Carey e White (2000), no sentido de considerar que o diabetes pode ser causado pelo efeito aditivo de muitos fatores genéticos e ambientais. Para esses autores, no DM 2 os riscos para desenvolvimento em parentes em primeiro grau são mais altos que os riscos do DM1, variando de 10 a 15%.

A adoção de hábitos alimentares não saudáveis vem sendo apontado pela literatura como responsável pelo desenvolvimento do diabetes na população (WHO, 2003). Dados obtidos em pesquisas representativas sobre compras de alimentos pelas famílias do Brasil, entre meados da década de 1970 e meados da década de 2000, sugerem uma redução na compra de alimentos tradicionais básicos, como arroz, feijão e hortaliças, e aumentos notáveis na compra de alimentos processados, acarretando aumento no consumo de gorduras saturadas e sódio (Levy, Claro, & Monteiro, 2009; Schmidt et al, 2011). Esses resultados são indicadores da predominância de padrões não saudáveis de alimentação, e corroboram os resultados do presente estudo. Para os participantes aderentes e não aderentes à medicação, a má alimentação é uma das causas para o desenvolvimento do diabetes.

Quando o assunto refere-se às fontes de informação utilizadas pelos participantes como forma de conhecerem mais sobre o DM, todos concordaram que médicos e outros profissionais de saúde são os principais responsáveis pelo acesso ao conhecimento acerca do diabetes, formas de tratamento e controle glicêmico. Esses resultados coadunam com os de Bispo e Silva, Santos, Teixeira, Damasceno, Camilo, & Zanetti (2011), ao avaliarem os componentes estrutura e processo na atenção ao usuário com DM em uma UBS de um município do interior paulista, observaram a frequência elevada de registros de atendimento dos profissionais médicos, e que esses registros enfatizavam somente a transmissão de informações baseadas no modelo biomédico. Outro estudo que corrobora os resultados da presente pesquisa foi o de Lopez (2004), que encontrou, nos profissionais de saúde ligados aos serviços de saúde, a principal fonte de informação para o diabetes.

Todas as demais fontes de informação (televisão, família, folhetos informativos, revistas, jornal e amigos), obtiveram resultados superiores para os participantes do estudo pertencentes ao grupo não aderente à medicação, porém, essas diferenças não foram estatisticamente significativas, com exceção da televisão, única fonte cuja diferença nos resultados entre os grupos foi significativa. Embora

não tenha sido constatada a relação entre alguma fonte de informação e a adesão à medicação, conhecer esses sistemas de informação torna-se importante aliado na compreensão de meios que alimentam as representações sobre diabetes. Dessa forma, permite que articulações entre as diferentes fontes e o conhecimento do DM possam ser pensadas no sentido de possibilitarem às pessoas que vivem com DM, lidarem com as situações no dia a dia, decorrentes da doença. Como por exemplo: a aceitação, a tomada de decisões frente aos episódios de hipoglicemia e hiperglicemia, o valor calórico dos alimentos, e a utilização correta dos medicamentos prescritos (Oliveira, & Zanetti, 2011).

A vivência com o diabetes, como já salientado nesse estudo, impõe mudanças no estilo de vida, ou seja, mudar hábitos já consolidados e assumir uma rotina que exige disciplina quanto ao planejamento alimentar como também em relação à incorporação da atividade física e uso correto da medicação (Malta et al., 2006; McLellan, Barbalho, Cattalini, & Lerario, 2007). Na presente pesquisa, 68 participantes do estudo afirmaram ser difícil manter o controle glicêmico. Ao serem questionados sobre quais eram as dificuldades ou barreiras para a adesão, a mudança de hábito alimentar obteve uma frequência maior entre os participantes não aderentes à medicação, quando comparados aos resultados do grupo aderente.

Esse resultado coaduna como o estudo realizado por Santos e Araújo (2011), que caracterizou as dificuldades encontradas para mudanças de práticas alimentares de pessoas com DM 2. Os resultados revelaram conhecimentos sobre o plano alimentar e um reconhecimento da importância dessa prescrição para o controle glicêmico, porém, os entrevistados seguem a prescrição dietética de forma parcial. A dieta é seguida apenas até a glicemia se aproximar do nível normal, quando então abandonam a prescrição, retornando a ela quando os sintomas reaparecem. Outro estudo (Pace, Nunes, & Ochoa-Vigo, 2003), confirma os resultados obtidos com a presente pesquisa, quando identificaram o seguimento da dieta como uma das dificuldades no tratamento do diabetes. Além da dieta, o estudo também apontou a situação financeira como obstáculo para a boa alimentação, pois uma melhor renda poderia facilitar a aquisição de alimentos adequados ao controle glicêmico.

Conseguir consultas médicas foi apontado pelos participantes desse estudo, principalmente para os que aderem à medicação, como o a segunda maior dificuldade na adesão ao tratamento para o DM 2. Existe uma recomendação por parte do governo (Brasil 2002), de que 60 a 80%

dos casos de diabetes e hipertensão arterial sejam tratados na rede básica municipal, porém é necessário que o atendimento seja resolutivo e de qualidade. Dessa forma, uma política de atenção à pessoa com DM que mantenha o vínculo da mesma com a UBS, estabelecendo um maior contato com o serviço de saúde, que garanta o diagnóstico e o atendimento realizado por profissionais atualizados, contribuirá para a promoção da adesão ao tratamento.

O diabetes exige mudanças no estilo de vida e essas mudanças, quando realizadas, demonstram efetividade na prevenção e controle das complicações decorrentes do DM 2 (Tuomilehto, Lindström, Eriksson, Valle, Hämäläinen, & Ilanne-Parikka, 2001; Pace, Nunes, & Ochoa-Vigo, 2003; Araújo, 2004; Gulve, 2008). Nesse sentido, uma dieta específica baseada na restrição de alimentos ricos em carboidratos, gorduras e proteínas auxilia no controle glicêmico do indivíduo com DM 2 (SBD, 2008; Goveia & Viggiano, 2011) como também a atividade física melhora o controle metabólico, reduz a necessidade de hipoglicemiantes e diminui os riscos de doença cardiovascular (Brasil, 2006; Gomes-Villas Boas, Foss, Foss-Freitas, Torres, Monteiro, & Pace, 2011). Em consonância a essas informações, os resultados do presente estudo indicaram que, para 92,8% dos participantes dos grupos investigados, seguir o tratamento tem vantagens. Porém, mesmo reconhecendo as vantagens do tratamento para o diabetes, a prática de exercícios físicos junto a essa população, possui uma adesão parcial. Tanto os participantes do grupo aderente, como os participantes não aderentes à medicação, não diferem em relação a essa atividade. Dos participantes, 60 pessoas (35,95%) de um total de 167, afirmaram praticar exercícios físicos e dessas, 28 (46,7%) praticam todos os dias. Esses dados confirmam que uma adesão completa junto a essas pessoas é muito difícil de ser alcançada, e mesmo quando existe uma adesão parcial, os resultados apontam para números considerados baixos. A literatura consultada para a pesquisa confirma esses resultados. Estudo desenvolvido por Batista, Priore, Rosado, Tinoco e Franceschini (2005), avaliou o resultado da intervenção multiprofissional sobre o controle glicêmico em pacientes diabéticos, e encontrou uma baixa adesão a prática de exercícios físicos.

Além do auto cuidado por parte da pessoa que tem DM, a família que convive com a pessoa com DM possui uma importância estratégica no tratamento do diabetes, pois pode ou não auxiliar a pessoa que vive com essa condição crônica, a realizar o controle glicêmico. Ao mesmo tempo, torna-se um aliado para a aquisição de orientações adequadas ao enfrentamento da doença (Zanetti, Biagg, Santos, Péres, & Teixeira,

2008). O que se observou nos resultados do estudo confirma em parte o que os autores comentam. Os participantes aderentes à medicação acreditam que a família espera a realização de uma consulta médica ao ano e o uso correto da medicação, confirmando assim um apoio mais voltado ao aspecto clínico do diabetes. Por sua vez, os participantes não aderentes à medicação, acreditam que a família tem expectativas quanto à mudança no estilo de vida (alimentação mais saudável e prática de exercício físico), como também uso correto da medicação.

Conhecer a maneira como o tratamento é realizado pela pessoa que vive com o diabetes, pode ser indicativo de uma maior ou menor adesão ao tratamento. Considerando isso, o presente estudo investigou junto aos participantes o cuidado em relação ao diabetes e, mais uma vez, a homogeneidade nas respostas foi constatada. Para os grupos investigados, o uso da medicação aparece como a primeira medida de tratamento, seguida da realização de exames, do cuidado com a alimentação, da prática de exercício físico sempre que possível, do uso de chás caseiros e da consulta médica mensal. Ainda que se constatem resultados semelhantes, o grupo de pessoas que aderem à medicação apresenta resultados com proporções maiores quando comparado aos participantes não aderentes, o que sugere uma maior propensão para aderir ao tratamento como um todo.

O uso de medicamentos antidiabéticos apontado pelos participantes da pesquisa, como forma de cuidar da doença e realizar controle glicêmico, encontra apoio no estudo desenvolvido por Cintra, Guariento e Miyazaki (2010), indicando a superioridade dessa forma de tratamento entre as pessoas com DM. Destaca-se o fato de que, mesmo não fazendo o uso correto da medicação, o grupo não aderente afirma ser esta a forma mais freqüente de cuidado com o diabetes, confirmando assim que o esquecimento ou o atraso quanto a hora de tomar os remédios para controle do DM, não é considerado como indício de não adesão. Esses achados coadunam com os de outros estudos, como por exemplo, Araújo, et al (2011) e Araújo, Gonçalves, Damasceno, e Caetano (2010), ao indicarem que a maioria dos investigados já esqueceu de tomar os antidiabéticos, ou pelo menos tomou em um horário diferente do determinado pela prescrição médica.

A realização de exames, outra forma adotada pelos participantes para manter o controle glicêmico, pode estar ligada ao fato de verificar como está a glicemia no sentido de ser indicador da necessidade de adotar medidas mais eficazes para controle ou não. Se a taxa estiver boa, não há necessidade de cortar alimentos da dieta, de praticar exercícios, ou de fazer uso correto dos medicamentos. Se a taxa estiver alta, isso é

sinal de que é necessário adotar uma dieta mais rigorosa e restritiva, iniciar atividade física, até conseguir alcançar os níveis desejados de glicemia. Depois, a pessoa autoriza-se a cometer excessos na alimentação, cessar com alguma atividade física, e eventualmente esquecer-se de tomar algum medicamento. Portanto, realizar exames parece consistir em estratégia muito mais para saber se é possível ou não manter hábitos de vida já consolidados, do que sinal de adesão total ao tratamento.

Quanto ao cuidado com a alimentação, o presente estudo indicou que, pessoas aderentes à medicação são mais propensas a adotar uma alimentação saudável para controle glicêmico. Mesmo havendo essa relação, pode-se afirmar que adesão a alimentação saudável entre os participantes é fraca, resultado este que encontra apoio na literatura consultada referente a baixa adesão às recomendações de dieta em pessoas com DM (Gomes Villas-Boas, et al, 2011). Como destaca a WHO (2011) a alimentação não saudável, incluindo o consumo de gorduras, está aumentando rapidamente na população de baixa renda. Para as pessoas que vivem com diabetes a mudança no hábito alimentar torna-se mais difícil. Além disso, autores como Vieira, Cordeiro, Magdaleno Jr, e Turato (2011) a partir de uma revisão bibliográfica sobre comportamento alimentar e significados psicoculturais da alimentação para adesão às mudanças de hábito alimentar em pessoas com DM, indicam que esse assunto é um processo dinâmico, depende de vários fatores individuais para seu estabelecimento e requer maior interação entre profissionais e pacientes na prática clínica.

A prática de exercício físico, outro aspecto importante na adesão ao tratamento do diabetes, consequentemente para o controle glicêmico, ainda que não ideal, foi apontada pelos participantes aderentes à medicação como uma medida mais utilizada (61%). Esse resultado encontra apoio em outro estudo desenvolvido por Gomes Villas-Boas et al (2011), indicando uma adesão às recomendações para a realização de exercício físico entre pessoas com DM.

Os resultados aqui apresentados indicam que a adesão ao tratamento, para os sujeitos da pesquisa, ainda que reconheçam a importância da dieta e da atividade física, é centrada no uso de medicamentos. No entanto, essa tendência comportamental consiste em um problema para o controle do DM, pois a adesão não pode ser pensada como um construto unitário, com as pessoas aderindo muito bem a um aspecto do regime terapêutico sem aderir aos outros. A adesão é multidimensional, ou seja, engloba tanto o uso correto do

medicamento, como inúmeros outros comportamentos relacionados com a saúde e que ultrapassam a prescrição farmacológica.

Ao serem questionados quanto à adesão no sentido de caracterizarem o que uma pessoa aderente ao tratamento deve necessariamente fazer, os participantes da pesquisa responderam com percentuais acima de 85% em todos os aspectos: uso correto da medicação, diminuir a ingestão de açúcar, realizar atividade física pelo menos três vezes na semana. O uso de chá caseiro como medida necessária para quem adere ao tratamento obteve respostas menos expressivas entre os participantes.

Parece não haver dúvidas quanto ao conhecimento sobre adesão ao tratamento, pois as respostas dos participantes encontram apoio em muitas publicações (SBD, 2008; WHO, 2003; Brasil, 2006, 2008). Reconhece-se que o conhecimento científico é um recurso relevante disponível aos profissionais de saúde e deve ser divulgado para as pessoas que vivem com DM 2, no sentido de preparar essas pessoas para o conhecimento e adesão ao auto cuidado. As respostas dos participantes da presente pesquisa deixam claro que o conhecimento científico chega até elas. Como deve ser a adesão ao tratamento para quem de fato adere, não deixa dúvida que essas informações já fazem parte do conhecimento dos participantes da pesquisa.

Por outro lado, deixa claro que a informação técnica sozinha, não consegue a adesão por parte das pessoas que vivem com diabetes. É um engano pensar que por conhecerem como deve ser a adesão ao tratamento do DM é suficiente para torná-los responsáveis por seguir o tratamento, e reflete o equívoco mais comum de como outros fatores afetam o comportamento e a capacidade da pessoa aderir a seu tratamento. Ou seja, a adesão é permeada pela subjetividade da pessoa que vive com DM e relaciona-se à maneira como esta vê a vida, como aceita a cronicidade da sua doença, a motivação para o tratamento.

O diabetes é uma doença de difícil controle e, muitas vezes vem acompanhado de doenças conhecidas como comorbidades. A hipertensão arterial é uma condição comórbida extremamente comum em pessoas com DM. Existe um consenso entre os autores que investigam o tema, de que a hipertensão arterial é cerca de duas vezes mais freqüente entre indivíduos diabéticos, quando comparados à população em geral, e está presente em 50% dos pacientes no momento do diagnóstico da DM tipo 2 (Brasil, 2006). Os resultados da presente pesquisa coadunam com a literatura consultada, e indicam o predomínio da hipertensão entre os participantes. Porém, a hipertensão é mais freqüente entre os participantes aderentes à medicação do que para os

não aderentes. Isso torna ainda mais importante o seguimento do tratamento como forma de controlar esse quadro, e também diminuir as chances de desenvolver doenças que agravem o estado de saúde dessas pessoas. O diabetes, como afirmado anteriormente, é uma doença silenciosa, e, nesse sentido, as outras doenças que aparecem juntamente com ele nem sempre são conhecidas. Porém, quando a pessoa conhece seu diagnóstico, passa a conhecer também essas doenças.

A história natural do diabetes é marcada pelo aparecimento de complicações crônicas, geralmente classificadas como microvasculares – retinopatia, nefropatia e neuropatia – e macrovasculares – doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e vascular periférica. Todas são responsáveis por expressiva morbimortalidade: com taxas de mortalidade cardiovascular e renal, cegueira, amputação de membros e perda de função e qualidade de vida muito superior aquelas dos indivíduos sem diabetes (Brasil, 2006). O risco de desenvolver essas doenças por conta do diabetes aumenta quando não há controle glicêmico e adesão ao tratamento.

Na presente pesquisa, os resultados dos participantes não aderentes à medicação, apresentaram uma maior frequência dessas doenças (retinopatia, nefropatia, neuropatia, pé diabético) quando comparado aos resultados do grupo aderente à medicação. Esses resultados corroboram os achados na literatura (Grillo & Gorini, 2007; Santos et al 2008; Parisi, 2011; Zach, 2011), porém divergem de estudos, como por exemplo, o de Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2006), que aponta uma maior adesão ao tratamento medicamentoso entre as pessoas que apresentam complicações decorrentes do diabetes. O diabetes apresenta uma evolução natural da doença, porém, essa evolução pode ser acelerada pela falta de adesão ao tratamento prescrito. Para os participantes não aderentes, parece não ficar dúvida que, a baixa adesão ao tratamento, acaba proporcionando uma ineficácia clínica e, como consequência, o confronto com o diagnóstico dessas doenças é inevitável.

Sendo o diabetes uma doença que exige controle, a manutenção das consultas médicas pode ser considerada como um sinal de cuidado. Porém, com os resultados deste estudo é possível afirmar que frequentar consultas não é indicativo de adesão, pois mesmo tendo sido constatado o período de um a seis meses como prazo da última consulta, esse prazo foi semelhante para os dois grupos investigados. Pode-se arriscar a inferir que na unidade de saúde as pessoas com DM encontram outros profissionais (enfermeiros, técnicos em enfermagem) capacitados para realizarem orientações, e esse talvez seja um dos indicadores da baixa

frequência em consultas médicas mensais. Mesmo sem manter consultas mensais, as pessoas com DM conseguem acompanhar seus níveis glicêmicos como também receber orientações acerca do tratamento para o diabetes, ainda que o médico não seja consultado. Porém, causa preocupação o fato de a maioria das pessoas comparecerem a consultas há pouco tempo e ainda sim ter baixa adesão e controle clínico inadequado da doença.

6.3 A INTENÇÃO COMPORTAMENTAL PARA ADERIR AO TRATAMENTO E AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO DIABETES E DO TRATAMENTO

Segundo a TpB, modelo desenvolvido por Azjen (1981), as intenções (antecedentes imediatos de comportamento ou a medida proximal do comportamento em si) são influenciadas pelas atitudes frente ao comportamento, pelas normas subjetivas percebidas e também pela percepção do controle comportamental. Como regra geral, quanto mais favorável a atitude e a norma subjetiva no que se refere a um comportamento, e quanto maior for a percepção do controle comportamental, maior será a intenção de um indivíduo de realizar um comportamento.

Para avaliar o quanto esses constructos influenciam a adesão ao tratamento do diabetes, os participantes da presente pesquisa responderam a uma escala para medir intenção comportamental, composta de 30 itens. Os resultados do presente estudo mostraram que, as medidas diretas (atitude, norma subjetiva, percepção de controle comportamental) quando agrupadas com suas medidas indiretas (crenças comportamentais, crenças normativas e crenças controle), que compõem o modelo teórico, e a variável dependente (a intenção comportamental para adesão ao tratamento do diabetes), estão associadas. Esses dados coadunam com o modelo proposto por (Ajzen, 1981). Porém, quando se observam somente as medidas diretas, as normas subjetivas e a percepção de controle comportamental representaram as medidas com maior potencial na determinação da intenção comportamental. A atitude, por sua vez, para essa amostra, quando não agrupada com as crenças comportamentais, não permaneceu associada com a intenção comportamental, contradizendo o estudo desenvolvido por Cavalcanti, Dias e Costa (2005). Para estes autores, o construto atitude obteve destaque na predição do comportamento-alvo na pesquisa sobre intenção comportamental de aderir a dietas de redução de peso entre obesos de baixa renda.

Outro dado analisado refere-se às médias das medidas preditoras, e a relação destas com a intenção comportamental. Os resultados do estudo apontaram para uma relação positiva entre as mesmas. Quanto mais positiva a intenção comportamental, o que foi indicado por 70 participantes, maiores as médias das medidas preditoras. Mais uma vez, a percepção de controle comportamental e sua medida indireta, as crenças controle, apresentaram as maiores diferenças em relação aos outros constructos.

Esse dado vai ao encontro do estudo desenvolvido por Armitage (2005), ao testar a capacidade da teoria do comportamento planejado para prever a participação de jovens na atividade física e explorar o desenvolvimento de hábitos. Neste estudo, o autor relata que a percepção de controle comportamental foi significativamente preditora de intenção comportamental.

Para Azjen (1981; 2002; 2006), as crenças controle referem-se à confiança das pessoas em realizar um comportamento. Quanto maior a crença controle, maior a probabilidade de que o desempenho do comportamento tenha sucesso. Nesse sentido, à adesão ao tratamento do diabetes ocorre por conta da percepção de controle, para a pessoa que vive com DM 2, ser positiva. Consequentemente, a probabilidade que ela efetue uma ação visando o controle glicêmico, será também alta, pois acredita na importância de adotar aquele comportamento e avalia positivamente as consequências da eventual ação.

Os resultados do estudo apontaram uma associação entre atitudes e crenças comportamentais e adesão a medicação. Ou seja, pessoas que aderem à medicação tendem a apresentar atitudes e crenças comportamentais mais altas. Atitude reflete em uma avaliação positiva ou negativa do comportamento executado (Azjen, 1991) e, nesse estudo, os participantes apresentaram atitude positiva para aderir à medicação. Uma pessoa que adere à medicação pode acreditar que a medicação é importante para manter controle glicêmico (crença comportamental) e, por outro lado, valorizar muito o uso correto da medicação (avaliação das consequências). Assim, quanto mais favorável for a atitude em relação ao objeto, maior será sua intenção em relação a ele (Ajzen & Fishbein, 1980).

Quando se utilizou a regressão logística para examinar a associação entre algumas variáveis investigadas no estudo e a adesão à medicação, os resultados indicaram que as variáveis: cuidado com a alimentação, crenças comportamentais e atitudes, na análise bruta, associaram-se a adesão à medicação. As pessoas que aderem à medicação também apresentaram pontuações maiores para intenção

comportamental. Quando se procedeu a análise ajustada, somente a percepção de controle comportamental e as crenças controles permaneceram associadas a adesão à medicação. Esse resultado encontra apoio no estudo desenvolvido por Armitage (2005). Porém, contraria o de Hunt e Gross (2009), ao testarem a validade da teoria do comportamento planejado em uma amostra de pacientes bariátricos na previsão de adesão de exercício em diferentes estágios da cirurgia bariátrica, constataram que as normas subjetivas e atitudes em relação ao exercício, desempenharam um papel maior na predição da intenção comportamental.

Ao agrupar os itens da escala, referentes ao uso de medicamentos e comparar os resultados entre os grupos, observou-se que os participantes aderentes à medicação apresentaram escores maiores. Entre as medidas preditoras de intenção comportamental, as normas subjetivas apresentaram resultados muito semelhantes entre os grupos, porém as outras medidas mostraram diferenças maiores. Tanto para aderentes à medicação, quanto para não aderentes, a pressão social exercida sobre os participantes não influencia a intenção comportamental para adesão ao tratamento do medicamentoso.

Segundo Moutinho e Roazzi (2010), as normas subjetivas referem-se à percepção da pessoa quanto à pressão social exercida sobre ela para que realize ou não um comportamento, e são determinadas pelas crenças normativas e a motivação para concordar com o referente. Familiares, amigos, profissionais de saúde costumam exercer essa pressão social. Na medida em que os resultados dessa análise não mostraram diferenças importantes entre os grupos, no que se refere a influência das normas subjetivas e o uso de medicação, pode-se arriscar que a adesão medicamentosa para esses participantes, é mantida pela percepção sobre as vantagens em relação ao uso correto do medicamento (atitude), e pela percepção da facilidade em tomar o remédio para o diabetes (percepção de controle comportamental).

No presente estudo, os resultados indicaram que, das três medidas preditoras de intenção comportamental, a percepção de controle comportamental foi a mais significativa em todas as análises realizadas. Ajzen (1987) salienta que a maioria dos comportamentos, se situa entre dois extremos opostos do *continuum* que representa a percepção de controle comportamental, ou seja, entre a facilidade e dificuldade em realizar um determinado comportamento. Em um lado situam-se os comportamentos “fáceis” de serem realizados e, por isso, com escassos problemas de controle. No outro lado, estão os comportamentos “difíceis”, e sobre os quais se tem pouco controle, porque exigem

recursos e capacidades especiais. Para as pessoas que vivem com DM 2, tomar os medicamentos é, a princípio, uma ação sem problema de controle, mas diminuir o açúcar quando se aprecia doces, ou praticar exercícios físicos quando se é sedentário, são ações que colocam muitos problemas de controle. É por esta razão que as pessoas provavelmente aderem mais a comportamentos agradáveis e desejáveis, sobre os quais têm controle, e tendem a abandonar comportamentos sobre os quais o controle é mais difícil.

A partir das respostas dadas pelos participantes nas questões discursivas do presente estudo, nesse caso, a definição de diabetes e as vantagens do tratamento, realizaram-se duas análises fatoriais de correspondências. Para Oliveira e Amaral (2007), a análise fatorial pode ser exploratória ou confirmatória. A exploratória procura reduzir a dimensão dos dados iniciais, e gerar hipóteses a partir das associações e oposições estudadas. A confirmatória, por sua vez, testa uma hipótese sobre a redução dos dados a uma determinada dimensão, considerando qual será a distribuição das variáveis segundo essa mesma dimensão. O presente estudo assume uma forma mais exploratória, no sentido de observar as relações entre os resultados da definição de diabetes e as vantagens do tratamento.

Nesse sentido, a análise fatorial de correspondências, como técnica de análise, pode auxiliar na apreensão das dimensões representacionais (Oliveira & Amaral, 2007). Representações sociais aqui definidas como fenômenos que estão ligados com uma forma especial de se adquirir e comunicar conhecimento e sua investigação visa entender a forma como pessoas apreendem o mundo em sua volta, esforçando-se para compreender os seus problemas (Moscovici, 1981).

Na primeira análise, os resultados, considerando os três primeiros eixos fatoriais (conforme tabela 22), indicaram elementos da representação social do diabetes a partir das variáveis: adesão à medicação, sexo, causa do diabetes, televisão como fonte de informação. As pessoas com DM 2 agem em consonância com os elementos das representações sociais que elas mesmas construíram. Para Jodelet (2001), as pessoas constroem representações como uma forma de dominar, compreender e explicar os fatos e as idéias que preenchem o universo da vida.

A maneira como homens e mulheres encaram o diabetes, de acordo com o presente estudo, demonstra diferentes sentidos atribuídos a doença e ao adoecer, corroborando resultados de outras pesquisas (Brito & Camargo, 2011; Gazzinelli, M.F., Gazzinelli, Reis & Penna, 2005). Para os homens, os elementos que formam as representações

sociais do diabetes, assumem uma perspectiva mais voltada para os sintomas, indicando uma forma corporalmente mais intrusiva e limitante. O diabetes é uma doença que afeta partes do corpo, como por exemplo, os olhos, as pernas. Consideram a causa como algo ainda desconhecido, porém admitem que o excesso de açúcar possa contribuir para o seu desenvolvimento. Como tradicionalmente os homens não procuram os serviços de saúde ou recorrem ao médico em situações agudas ou tardiamente, a televisão aparece como uma importante fonte de informação sobre DM. A busca de informação para o DM, via de regra, se dá pelo processo de socialização (pela mídia, entre pares, na família), e na vida diária.

As mulheres, por sua vez, apresentam elementos que associam o diabetes a aspectos mais subjetivos, mais internos. O diabetes que não abaixa, a doença que incomoda, prejudica. A causa emocional é destacada e ligada ao descontrole glicêmico. Mas reconhecem a importância do tratamento correto, admitindo a cronicidade do DM, e também como medida para conseguir o controle glicêmico. Esses dados coadunam com os de Torres-López, Sandoval-Díaz e Pando-Moreno (2005), ao investigarem as representações sociais sobre o diabetes em pessoas com DM em um bairro de Guadalajara, México. Os autores reconhecem diferenças a partir do sexo, para os homens o diabetes é percebido como a doença que impede o seu desempenho em relação ao trabalho, a perda da força de trabalho. As mulheres, por sua vez, destacam a área emocional.

O seguimento correto do tratamento para o diabetes, como forma de alcançar o controle glicêmico, nesse estudo, ganha uma perspectiva mais farmacológica. Esse dado foi mais referenciado pelas mulheres que, via de regra, subordina-se mais facilmente às recomendações da medicina e dos profissionais de saúde. Em consonância a esse dado, o estudo desenvolvido por Ribas, Santos, Teixeira e Zanetti (2009), mostrou que as mulheres valorizam as orientações dos profissionais de saúde, principalmente, para aprendizagem de conhecimentos e habilidades que possibilitam o manejo mais eficiente do diabetes.

Quando o diabetes tem como causa o fator hereditário, os elementos que formam a representação social apontam para uma perspectiva ligada ao medo de que, como o diabetes não tem cura, terá que viver com essa doença pelo resto de sua vida. Diabetes atrapalha. Mas, nesse caso, como se trata de uma doença hereditária, outras pessoas da família apresentam a doença, a pessoa que vive com o DM encontra uma identidade com seu grupo de pertença, e o diabetes passa a ser visto como algo que já era esperado.

O diabetes que se desenvolve em decorrência de hábitos alimentares, traz elementos ligados ao consumo de doces em excesso, a alimentação não saudável e um reconhecimento de que, o estilo de vida, possa ser o responsável pelo desenvolvimento do DM.

Esse dado vai ao encontro do estudo realizado por Barsaglini e Canesqui (2010), ao analisarem os aspectos materiais e simbólicos da alimentação e das dietas envolvidos no gerenciamento do diabetes entre pessoas de serviços públicos de atenção básica. Os autores constataram que o consumo de doces, muito associado à alteração da glicemia e à causa do diabetes, é relatado como habitual ou não, antes da sua descoberta e, nesse caso, a causa hereditária perde sua força explicativa para o surgimento do DM.

Na segunda análise, os resultados, considerando os três primeiros eixos fatorialiais (conforme tabela 24), indicaram elementos representacionais das vantagens do tratamento para o diabetes a partir das variáveis: adesão à medicação, sexo, problemas de visão (sim ou não) e renda familiar. A variável adesão ou não adesão à medicação, nesse estudo, não influenciou as representações sociais das vantagens do tratamento, talvez indicando mais uma vez a homogeneidade dos participantes.

Observa-se que, a produção das representações sociais das vantagens do tratamento para os participantes desse estudo, é construída a partir da necessidade de fazer destas representações uma ligação entre o individual, particular de cada pessoa e o social onde também devem ser consideradas as mudanças sociais que ocorrem no dia a dia. Conforme Carvalho e Arruda (2008) as representações sociais são ambientes de pensamento, sua força reside nos processos de socialização que as tornam uma força independente de conhecimento e modificação da realidade.

As vantagens em seguir o tratamento do diabetes, mostram-se diferentes para homens e mulheres no presente estudo, como também para as pessoas que já desenvolveram problemas de visão em decorrência do DM. Os homens reconhecem as vantagens quando, ao realizarem corretamente o tratamento, amenizam, diminuem os sintomas desagradáveis e indicadores de possíveis complicações. O tratamento adquire um valor de alívio de um sofrimento sentido principalmente no corpo. As dores em algumas partes do corpo, como por exemplo, pernas, pé, sinalizam para os homens do presente estudo, que está na hora de aderir ao tratamento, de seguir regras para o controle glicêmico e, como consequência, alcançar o alívio desse sofrimento.

Nesse sentido, os homens se apóiam na própria experiência de viver com DM, tanto para atribuir significado à situação vivida, como para planejar e implementar ações para o controle glicêmico. O tratamento adquire um valor quando o diabetes já se manifestou principalmente no corpo desses participantes. Isso vai ao encontro dos resultados de Péres, Santos, Zanetti e Ferronato (2007), ao analisarem as dificuldades dos pacientes diabéticos em relação ao tratamento para o controle da doença. Para esses autores a experiência do adoecimento é extremamente peculiar no diabetes, devido ao seu processo insidioso. A consciência da perda da condição de “indivíduo saudável” se dá, muitas vezes, tardiamente, após a ocorrência de complicações oriundas do mau controle glicêmico. E, dessa forma, o tratamento passa a ser visto como obrigação e tentativa de reaver a saúde perdida e, portanto vantajoso. Outro estudo que confirma os resultados da presente pesquisa foi desenvolvido por Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2006). Ao analisarem variáveis demográficas clínicas associadas à adesão ao auto cuidado do diabetes, constataram que pessoas que apresentam complicações decorrentes do diabetes apresentam uma adesão superior à dos que não sofrem de complicações aos cuidados alimentares, como também revelam uma maior adesão aos antidiabéticos.

As mulheres, com uma renda familiar de até dois salários mínimos, por sua vez, apresentam elementos representacionais voltados para o tratamento em si. Destacam aspectos do tratamento, como por exemplo, controle alimentar, acompanhamento médico, como forma de manter a doença controlada. Parece que, nesse caso, o tratamento consegue adiar ou prevenir as complicações, as doenças. Esta seria então a vantagem do mesmo. A renda familiar pode então favorecer o acesso a alimentos mais indicados para o controle glicêmico, porém, como destaca Canesqui (2005), a situação econômica pode influenciar na aquisição e consumo dos alimentos dietéticos e “cl clinicamente” permitidos, mas não explica a não adesão a uma alimentação mais saudável por parte das pessoas que vivem com DM. A mudança de hábito alimentar é intermediada pela cultura, pela forma de pensar socialmente construída, que envolve os usos, a escolha dos alimentos, a socialização do que comer, e marcam identidades grupais.

7 CONCLUSÕES

A pesquisa buscou avaliar a influência das representações sociais e da intenção comportamental no processo de adesão ao tratamento. Para tanto procurou descrever as representações sociais do diabetes tipo 2 e do tratamento em pessoas que vivem com essa condição crônica, e identificar a intenção comportamental para adesão ao tratamento em pessoas aderentes e não aderentes à medicação.

As representações serviram como referência para a percepção das atitudes ou das normas subjetivas em relação à adesão ao tratamento, na medida em que forneceram indicações sobre o que é o diabetes para essas pessoas e como agem no seu tratamento. A intenção comportamental, por sua vez, indicou o quão próximo um determinado comportamento está prestes a acontecer. Destaca-se aqui, a potencialidade das duas teorias, a teoria das representações sociais e a teoria do comportamento planejado, por contribuírem com uma análise a mais dentro da complexidade das práticas sociais.

Para tornar mais claro essa contribuição, a Figura 10 apresenta um esquema gráfico acerca da relação entre as representações sociais do diabetes e do tratamento e a intenção comportamental para aderir ao tratamento e de que forma exercem a influência sobre a adesão total ao tratamento.

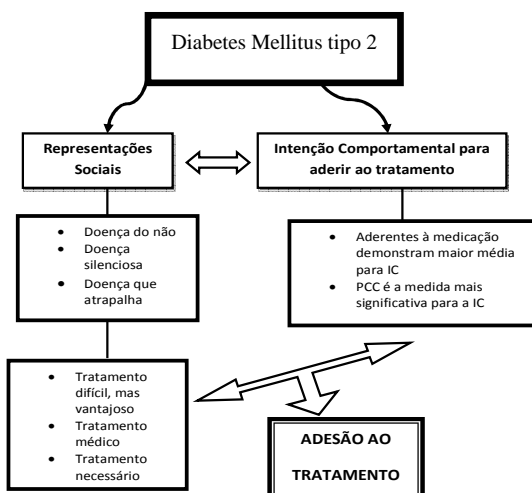


Figura 10: Esquema gráfico da relação das representações sociais do diabetes e do tratamento e intenção comportamental.

Ao identificar as representações sociais do diabetes e do tratamento, foi possível conhecer um grupo social específico (pessoas que vivem com DM 2) e entender o porquê do seu modo de agir diante da sua condição crônica e do seu tratamento. O que importa não é apenas identificar a representação, mas admitir que ela e outras modalidades de saber, devem estar presentes em todos os espaços destinados ao cuidado dessas pessoas.

As representações sociais do diabetes apontam para uma perspectiva ligada ao difícil controle da doença e um tratamento pautado pela proibição. Por conta disso, o seguimento do tratamento é tão difícil e impõe mudanças no estilo de vida principalmente nos hábitos alimentares, porém, a adesão a esse aspecto é pouco observada. A característica assintomática presente no início da doença pode ser considerada um dos fatores que também contribui para a não adesão ao tratamento. O diabetes não apresenta desconforto imediato, passa a ser conhecido e tratado, diante da constatação de outras doenças.

Quando avaliada a intenção para adesão ao tratamento, esta mostrou estar associada principalmente a percepção de controle comportamental, ou seja, aos recursos e as oportunidades disponíveis para a pessoa e que, de certa forma, ditam a probabilidade de realização de um comportamento. Para os participantes, a intenção comportamental ligada ao uso da medicação somente, foi considerada alta e associada às demais medidas (atitude e norma subjetiva), corroborando assim com um dos aspectos da representação social do tratamento, difícil, mas necessário e vantajoso. O tratamento é visto como tratamento médico e o uso da medicação como medida de controle glicêmico, é apontado como predominante para essa amostra. Embora os resultados indiquem a intenção comportamental para a adesão ao tratamento, principalmente para o grupo que adere à medicação, a adesão de fato, é observada parcialmente.

Mesmo reconhecendo o domínio da teoria do comportamento planejado nos estudos acerca da relação atitude-comportamento como forma de prever comportamentos, e também reconhecendo que a atitude na teoria das representações sociais apresenta-se como o componente afetivo e, portanto, combinada com a informação, seria também preditora da intenção comportamental, nesse estudo obteve um baixo nível de significância. Sugere-se para projetos futuros que esse construto, a atitude, e sua influência na adesão ao tratamento do diabetes possam ser viabilizados em face da importância singular para a pesquisa em saúde.

Os resultados obtidos a partir das características sócio demográficas, econômicas e clínicas das pessoas que vivem com diabetes, relacionam-se com o processo de adesão, porém, comparar grupos que aderem e que não aderem ao tratamento, no seu sentido mais abrangente, torna essa tarefa bastante complexa. Tanto as pessoas que aderem à medicação como as pessoas que não aderem, apresentaram homogeneidade nos resultados referentes às essas características. As diferenças existiam, porém, não eram significativas. Ao serem questionados sobre como fazem o tratamento do diabetes, confirmou-se a predominância do tratamento medicamentoso para essa amostra e tanto a alimentação saudável, quanto a prática de exercícios físicos, são adotados parcialmente pelos participantes. Quando questionados sobre como deve ser o tratamento do diabetes para quem adere ao mesmo, os participantes apontam para os três aspectos (uso correto da medicação, alimentação saudável, prática de exercício físico), demonstrando assim um conhecimento adequado e correto sobre como realizar o controle glicêmico. O conhecimento sobre como deve ser o tratamento para o diabetes existe, mas porque não é seguido?

Fica evidente que só o recebimento de informações sobre o que deve e o que não deve ser feito, não é suficiente para conseguir a adesão ao tratamento. Os resultados permitem afirmar que os profissionais de saúde precisam reconhecer a influência da singularidade dessas pessoas no sentido de evitarem uma postura que vise somente a submissão aos preceitos biomédicos. É fundamental que as estratégias de intervenção adotadas por esses profissionais devem considerar as necessidades de saúde dessas pessoas no seu contexto concreto de condições de vida e de cultura. A adesão ao tratamento para o diabetes será alcançada se existir uma abordagem mais colaborativa que enfatize um modelo de atenção voltado para a autonomia das pessoas com DM.

Arriscar-se-ia a partir disso, explicar porque as campanhas, as consultas, ou palestras sobre o controle do diabetes que fornecem somente informações não funcionam como esperam as autoridades. Aumentar o conhecimento da população não contribui muito para mudar o comportamento, se olharmos somente esta relação: conhecimento e comportamento. Observou-se nessa pesquisa, que as pessoas que vivem com DM 2, demonstram conhecimento sobre como deve ser o tratamento, por exemplo. Mas as campanhas ou as intervenções por parte da equipe de saúde, visando o controle do diabetes, deveriam focalizar as atitudes, as normas subjetivas, e a percepção de controle comportamental, em produzir mudanças ou a aquisição de hábitos de vida mais saudáveis. Dessa forma, seriam mais eficazes e alcançariam

melhores resultados. De forma similar, os programas voltados às pessoas com DM que se concentram somente nas explicações sobre a importância de diminuir o açúcar, de comer mais frutas e verduras, de fazer caminhadas, por exemplo, provavelmente continuarão a não terem sucesso. A alternativa melhor sucedida provavelmente seria levar as pessoas a mudarem as próprias intenções, prestando muita atenção às atitudes, às normas subjetivas e à percepção do controle comportamental.

Contudo, é pertinente assinalar a importância de mais estudos que considerem a apreensão de processos e mecanismos pelos quais essas pessoas e seus modos de vida participam da construção de conhecimento sobre o diabetes, a fim de que mais estratégias possam ser adotadas frente ao controle e cuidado da doença. Ressalta-se também, que para o tratamento do DM, é importante a vinculação dessas pessoas às unidades básicas de saúde, pois além de orientação médica, a orientação da enfermagem, nutrição, psicologia e profissionais de educação física, são necessárias como formas de se conseguir um maior controle glicêmico e a prevenção de complicações.

7.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este trabalho, como qualquer pesquisa científica apresenta limitações que se devem, muitas vezes, às decisões do pesquisador sobre o delineamento metodológico adotado. A principal limitação deste estudo, que pode restringir a generalização dos achados, refere-se ao instrumento utilizado para medir a intenção comportamental. Ao realizar a análise de consistência interna dos itens de cada medida, levando em conta o que o modelo proposto pela teoria do comportamento planejado, os itens que medem normas subjetivas e as crenças normativas, como também a percepção de controle comportamental e crenças controle, alcançaram uma boa consistência (alpha de Cronbach > 0,60). Porém, revelou uma consistência baixa em relação aos itens da escala que medem atitude e crenças comportamentais. Esse fato pode ter sido causado pela não realização do estudo piloto, já justificada no decorrer da pesquisa. Para estudos subsequentes, esta deve ser uma preocupação do pesquisador, no sentido de suprimir itens que revelem baixa consistência interna, ou que não estejam medindo o que a escala se propõe. O aperfeiçoamento dessa escala, ou a construção de uma nova baseada nesta pesquisa, pode contribuir para a consolidação do modelo proposto por Azjen, no que se refere à eficiência do mesmo para explicar e prever comportamentos relacionados a saúde.

REFERÊNCIAS

- Abric, J.C. (1993). Central system, perifheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations. *Papers on Social Representations*, 2, 75-78.
- Abric, J.-C. (1996). Specific processes of social representations. *Papers on Social Representations*, 5, 77-80.
- Abric, J.-C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. In A. S. P. Moreira & D. C. de Oliveira. (Orgs.). *Estudos interdisciplinares de Representação social*. (pp. 27-38). Goiânia: AB.
- Abric, J.C. (2001). O estudo experimental das representações sociais. In D. Jodelet (Org.). *As representações sociais*. (pp. 155-171). Rio de Janeiro: UERJ.
- Abric, J.C. (2003). Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In P. H. F. Campos & M. C. da S. Loureiro. (Orgs.). *Representações sociais e práticas educativas*. (pp. 37-57). Goiânia: UCG.
- Adam, P., Herzlich, C. (2001). *Sociologia da Doença e da Medicina*. Tradução de Laureano Pelegrin. Bauru: EDUSC, 2001. 144 p.
- American Diabetes Association (ADA). (2008). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 31(supl1), 55-60.
- American Diabetes Association (ADA). (2009). Consensus statement. How we define cure of diabetes? *Diabetes Care*. 32(11): 2133-2135.
- Armitage, C. J. (2005). Can the Theory of Planned Behavior Predict the Maintenance of Physical Activity? *Health Psychology*. 24(3), 235–245.
- Azjen, I. e Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Pretice-Hall Inc

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behaviour. In J Kuhl, J Beckman (Orgs.), *Action control: From cognition to behaviour* (pp. 11-39). New York: Springer.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52, 27-58.
- Ajzen, I. (2002). Attitudes. In R. Fernandez Ballesteros (Ed.), *Encyclopedia of psychological assessment* (Vol. 1, pp. 110-115). London: Sage Publications.
- Ajzen, I. (2006). Constructing a TpB questionnaire: Conceptual and methodological considerations.
<http://www.people.mass.edu/aizen/tpb.html>.
- Alves-Mazzotti, A. J.; Gewandsznajder, F. (1999). *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Pioneira, 203p.
- Araújo, C.G.S. (2004). Plano de exercício físico. In J. Oliveira & A. Milech (Orgs). *Diabetes Mellitus: clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar*. 1 ed. São Paulo: Atheneu; pp. 57-66.
- Araújo, M.F.M., Freitas, R.W.J.F., Fragoso, L.V.C., Araújo, T.M., Damasceno, M.M.C., & Zanetti, M.L. (2011). Cumprimento da terapia com antidiabéticos orais em Usuários da atenção primária. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 20(1), 135-43.
- Araújo, M.F.M., Gonçalves, T.C., Damasceno, M.C., & Caetano, J.A. (2010). Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 14 (2), 361-367.
- Araki, I.H. (2009). Diabetes and geriatric syndromes. *Geriatrics Gerontology Int*, 9, 105-114.
- Arruda, A. (2002a). Teorias das Representações Sociais e Teorias de Gênero. *Cadernos de Pesquisa*. 117, 127-147.

- Arruda, A (2002b). Novos significados da saúde e as representações sociais. *Cadernos de Saúde Coletiva*. 10(2), 215-227.
- Assunção, T.S., & Ursine, P.G.S. (2008). Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. *Ciência e Saúde Coletiva*. 13 (2), 2189-2197.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa (Po): Editora Edições 70; 2000.
- Barsaglini R.A. & Canesqui A.M. (2010). A alimentação e a dieta alimentar no gerenciamento da condição crônica do diabetes. *Saúde Sociedade*. 19(4), 919-932.
- Batista, M.C.R., Priore, S.E., Rosado, L.E.F.P.L., Tinôco, A.L.A., Franceschini, S.C.C. (2005). Avaliação dos resultados da atenção multiprofissional sobre o controle glicêmico, perfil lipídico e estado nutricional de diabéticos atendidos em nível primário. *Revista de Nutrição*. São Paulo. 18 (2), 219-228.
- Bauer, M.W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: M. W. Bauer & G. Gaskell (Orgs.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (Tradução de Pedrinho A. Guareschi). Petrópolis: Vozes, 2002.
- Bispo e Silva, A.S., Santos, M.A., Teixeira, C.R.S., Damasceno, M.M.C., Camilo, J., & Zanetti, M.L. (2011). Avaliação da atenção em *diabetes mellitus* em uma Unidade básica distrital de saúde. *Texto Contexto Enferm*. 20(3), 312-318.
- Borges, K.B., Bautista, H.B., & Guilera, S. (2008). Diabetes – utilização de plantas medicinais como forma opcional de tratamento. *Revista eletrônica de Farmácia*. 5(2), 12-20.
- Bortolotto, L.A. (2007). Modifications of structural and functional properties of large arteries in diabetes mellitus. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 51(2), 176-184.

- Braga, J.R., Santos, I.S.O., Falto, U.P., Guimarães, H.P., & Azezum, A. (2007). Impacto do Diabetes Mellitus na Mortalidade em Síndromes Coronarianas Agudas. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 51 (2), 275-280.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2003). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). Cadernos de Atenção Básica, n. 16 Série A. Normas e Manuais Técnicos. *Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. – Brasília, 64 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). Política de atenção ao diabetes no SUS.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. *Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde*. Brasília, 148 p.
- Brawley, L., & Culos-Reed, N. (2000). Studying Adherence to Therapeutic Regimens: Overview, Theories, Recommendations. *Control Clin Trials.* 21, 156–163.
- Brito, A.M.M. & Camargo, B.V. (2011). Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. *Temas em Psicologia.* 19 (1): 283-303.
- Burkhart, P., Dunbar-Jacob, J., & Rohay, J. (2001). Accuracy of children's self-reported adherence to treatment. *Journal of Nursing Scholarship,* 33, 27-32.
- Camargo, B. & Barbará, A. (2004). Efeitos de panfletos informativos sobre a aids em adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa,* 20(3), 279-287.

- Camargo, B. V. (2005). Alceste: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In A. S. P. Moreira, B. V. Camargo, J. C. Jesuino, & S. M. da Nóbrega (Orgs.), *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais* (pp. 511-539). João Pessoa: Editora Universitária UFPB.
- Camargo, B.V.; Wachelke, J.F.R. & Aguiar, A. (2007). Desenvolvimento metodológico das pesquisas sobre representações sociais em jornadas internacionais de 1998 a 2005. In A.S.P. Moreira & B.V. Camargo (Orgs.). *Contribuições para a teoria e método de estudos das representações sociais*. (pp. 181-202). João Pessoa: UFPB.
- Campos, P. H. F. (2003). A abordagem estrutural e o estudo das relações entre práticas e representações sociais. In P. H. F. Campos & M. C. da S. Loureiro. (Orgs.). *Representações sociais e práticas educativas*. (pp. 22-36). Goiânia: UCG.
- Canesqui, A.M. Mudanças e permanências da prática alimentar cotidiana de famílias de trabalhadores. (2005). In A.M. Canesqui, A.M. & R.W.D. Garcia (Orgs.). *Antropologia e Nutrição: um diálogo possível*. (pp 167-210). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Carvalho, J.G.S. & Arruda, A. (2008). Teoria das representações sociais e história: um diálogo necessário. *Paidéia*, 18(41), 445-456.
- Cavalcanti, A.P.R, Dias, M.R., & Costa, M.J.C. (2005). Psicologia e nutrição: predizendo a intenção comportamental de aderir a dietas de redução de peso entre obesos de baixa renda. *Estudos de Psicologia*. 10 (1), 121-129.
- Chao, J., Nau, D.P., Aikens, J.E. (2007). Patient-reported perceptions of side effects of antihyperglycemic medication and adherence to medication regimens in persons with diabetes mellitus. *Clin Ther*. 29(1),177-80.
- Cintra, F.A., Guariento, M.E., & Miyasaki, L.A. (2010). Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Ciência & Saúde Coletiva*. 15(Supl. 3), 3507-3515.

- Coelho, M.S., Silva, D.M.G.V. & Padilha, M.I.S. (2009). Representações Sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Rev Esc Enferm USP*. 43(1), 65-71.
- Costa e Silva, M.E.D.; Barbosa, L.D.C.S.; Oliveira, A.D.S.; Gouveia, M.T.O.; Nunes, B.N.V.T. & Alves, E.L.M. (2008). As representações sociais de mulheres portadoras de Hipertensão Arterial. *Rev. bras. enferm.* 61 (4), 500-507.
- Cosby, P.C. (2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento* (P.I.C. Gomide & E. Otta, Trad.). São Paulo: Atlas (Obra original publicada em 1977).
- Cotta, R.M.M., Batista, K.C.S., Reis, R.S., Souza, G.A., Dias, G., Castro, F.A.F., & Alfenas, R.C.G. (2009). Perfil socio sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família – município de Teixeira, MG. *Cien Saude Colet.* 14(4), 1251-1260.
- Dham, S., Shah, V., Hirsch, S., & Banerji, M.A. (2006). The role of complementary and alternative medicine in diabetes. *Current Diabetes Reports.* 6(3): 251-258.
- Doise, W. (1985). Les représentations sociales: définition d'un concept. *Connexions*, 45, 243-253.
- Doise, W. (2001). Atitudes e representações sociais. (L. Ulup, Trad.). In D. Jodelet (Org.). *As representações sociais* (pp. 187-203). Rio de Janeiro: Eduerj.
- Farr, R. M. (2000). Representações sociais: a teoria e sua história. In P. Guareschi, & S. Jovchelovitch (Orgs). *Textos em representações sociais*. 6.ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, pp. 31-59.
- Fazio, R. H. (1990). Multiple processes by which attitudes guide behavior: The MODE model as an integrative framework. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (23, pp. 75-109). New York: Academic Press.

- Ferreira, S. (2008). Diabetes na prática clínica. Diagnóstico, epidemiologia e fisiopatologia do diabetes: aspectos epidemiológicos do diabetes mellitus e seu impacto no indivíduo e na sociedade. Recuperado em 4 abril, 2009, de <http://www.diabetesebook.org.br/modulo1>.
- Ferreira, S. (2009). Aspectos epidemiológicos do diabetes mellitus e seu impacto no indivíduo e na sociedade. Recuperado em 4 abril, 2009, de <http://www.diabetesebook.org.br/modulo1>.
- Ferreira, S., & Vivolo, M.A. (2011). Atividade física no diabetes tipo 1 e 2: bases fisiopatológicas, importância e orientação. E-book *Tratamento do diabetes: abordagens educacionais e alterações no estilo de vida*. Sociedade Brasileira de Diabetes. Recuperado em 19 de dezembro de 2011 de <http://www.diabetesebook.org.br/modulo-3/25-atividade-fisica-no-diabetes-tipo-1-e-2-bases-fisiopatologicas-importancia-e-orientacao>
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). Attitudes towards objects as predictors of single and multiple behavioral criteria. *Psychological Review*, 81, 59-74.
- Flament, C. (2001). Estrutura e dinâmica das representações sociais. Em D. Jodelet (Org.). *As representações sociais*. (pp. 173-186). Rio de Janeiro: UERJ.
- Fotheringham, M.S.M. (1995). Adherence to recommended medical regimens in childhood and adolescence. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 31,72-78.
- Francis, J., Eccles, M., Johnston, M., Walker, A., Grimshaw, J., Foy, R., Kaner, E., Smith, L., & Bonetti, D. (2004). *Constructing Questionnaires Based On The Theory Of Planned Behaviour: A Manual For Health Services Researchers*.
- Gazzinelli, M.F., Gazzinelli, A., Reis, D.C., & Penna, C.M.M. (2005). Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad. Saúde Pública*, 21(1):200-206.

- Garcia, R.W.D. (2003). Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre a alimentação urbana. *Revista de Nutrição*. 16(4), 483-492.
- Gil, A.C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Gentili, P., Maldonato, A., Grieco, R., & Santini, A.(2001). Influence of patients: representations and beliefs about diabetes and its treatment on their adherence to therapy. *Diabetes Nutrition and Metabolism*. 14, 3140-152.
- Golbert, A. (2009). Tratamento do diabetes gestacional e da gestante com diabetes. Recuperado em 4 abril, 2009, de <http://www.diabetesebook.org.br/modulo 4>.
- Gomes, R.; Mendonça, E.A. & Pontes, M.L. (2002). As representações sociais e a experiência da doença. *Cad. Saúde Pública*. 18(5), 1207-1214.
- Gomes-Villas Boas, L.C., Foss, M.C., Foss-Freitas, M.C., Torres, H.C., Monteiro, L.Z., & Pace, A.E. (2011). Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com Diabetes *mellitus*. *Texto Contexto Enferm*. 20(2), 272-279.
- Goveia, G.R., Viggiano,C.E. (2011). Evidências e mitos na terapia nutricional do diabetes mellitus tipo 1 e 2. E-book *Tratamento do diabetes: abordagens educacionais e alterações no estilo de vida*. Sociedade Brasileira de Diabetes. Recuperado em 19 de dezembro de 2011 de <http://www.diabetesebook.org.br/modulo-3/24-evidencias-e-mitos-na-terapia-nutricional-do-diabetes-mellitus-tipo-1-e-2>
- Grillo, M.F.F. & Gorini, M.I.P.C. (2007). Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. *Rev. bras. enferm*. 60(1), 49-54.
- Guedes, M.V.C. (2005). *Comportamento de pessoas com hipertensão arterial: estudo fundamentado no modelo de crenças em saúde*. 2v. 163p. Tese de Doutorado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal Do Ceará, Fortaleza.

- Guimarães, F.P.M., & Takayanagui, A.M.M. (2002). Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Nutr.* 15(1), 37-44.
- Guisasola, F.A., Povedano, S.T., Krishnarajah, G., Lyu, R., Mavros, P., & Yin, D. (2008). Hypoglycaemic symptoms, treatment satisfaction, adherence and their associations with glycaemic goal in patients with type 2 diabetes mellitus: findings from the Real-Life Effectiveness and Care Patterns of Diabetes Management (RECAP-DM) Study. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 10 (1), 25-32.
- Gulve, E.A. (2008). Exercise and Glycemic Control in Diabetes: Benefits, Challenges, and Adjustments to Pharmacotherapy. *Phys Ther.* 88(11), 1297-1321
- Herzlich, C. (1991). A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, 1, 23-36.
- Hunt, H.L., & Gross, A.M. (2009). Prediction of Exercise in Patients Across Various Stages of Bariatric Surgery: A Comparison of the Merits of the Theory of Reasoned Action Versus the Theory of Planned Behavior. *Behav Modif.* 33 (6), 795-817.
- Hwu, Y.J. & Yu, C.C. (2006). Exploring health behavior determinants for people with chronic illness using the constructs of planned behavior theory. *Journal of Nursing Research*. 14(4), 261-70.
- International Diabetes Federation (IDF). The IDF diabetes atlas: five edition. Recuperado em 19 dezembro, 2011 de <http://www.idf.org/>
- International Diabetes Federation (IDF). Global Diabetes Plan 2011-2021. Recuperado em 19 de dezembro de 2011 de <http://www.idf.org/>
- Jesuino, J.C.(2011). Um conceito reencontrado. In A.M.O. Almeida, M.F.S., Santos, & Z.A.,Trindade (Orgs.). *Teoria das representações sociais: 50 anos*. Brasília: Technopolitik, p. 33-57.

- Jodelet, D. & Madeira, M. (1998). *AIDS e Representações Sociais: à busca de sentidos*. Natal: EDUFRRN.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: Fenómenos, concepto y teoría. In S. Moscovici (Org.), *Pensamiento y vida social* (pp. 469-494). Barcelona/Buenos Aires/México: Paidós, Psicología Social, V. 2.
- Jodelet, D. (1989). Représentations sociales: Un domaine en expansion. In D. Jodelet (Ed.), *Les représentations sociales* (pp. 31-61). Paris: PUF.
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In _____ (Org.), *As representações sociais*. (pp. 17-44). Rio de Janeiro: UERJ.
- Jodelet, D. (1998). Representações do Contágio e a Aids. In D. Jodelet & M. Madeira (Orgs.) *Aids e Representações Sociais: a busca de sentidos*. Natal: EDUFRRN. p. 17-45.
- Jodelet, D. (2009). O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. *Sociedade e Estado*. 24 (3), 679-712.
- Jones, N., Furlanetto, D.L.C., Jackson, J.A., & Kinn, S. (2007). An investigation of obese adults' views of the outcomes of dietary treatment. *J Hum Nutr Diet*. 20(5), 486-494.
- Jorde, L. B., Carey, J.C., & White, R.L. (2000). *Genética médica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Lerario, A.C. (2011). Peculiaridades no tratamento do idoso com diabetes. Recuperado em 23 outubro, 2011, de <http://www.diabetesebook.org.br/modulo4>.
- Lima, L.P. (2006). Atitudes: estrutura e mudança. In J. Vala & M.B. Monteiro (Orgs.), *Psicologia Social*. (7ª ed.). (pp. 187-225). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Leite, S. N., & Vasconcellos, M. P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3), 775-782.
- Levy, R. B., Claro, R. M., & Monteiro, C. A. (2009). Sugar and total energy content of household food purchases in Brazil. *Public Health Nutrition*. 12, 2084-2091.
- Loke, S.C., & Jong, M. (2008). Metabolic control in type 2 diabetes correlates weakly with patient adherence to oral hypoglycaemic treatment. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 37 (1), 15-20.
- Lopes, C. F. (2003). Projeto de assistência ao pé do paciente portador de diabetes melito. *J Vasc Br*, 2(1), 79-82.
- Lopez, T. M. T. (2004). Sangre y azúcar: representaciones sociales sobre la diabetes de los enfermos crônicos em um barrio de Guadalajara, México. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Lucas, L.P.P., Barichello, E., Zuffi, F.B., & Barbosa, M.H. (2010). A percepção dos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 em relação à amputação. *Rev. Eletr. Enf.* 12(3),535-538
- Machado, L.R.C. & Car, M.R. (2007). Dialética do modo de vida de portadores de hipertensão arterial: o objetivo e subjetivo. *Revista Esc Enferm.* 41 (4),573-580.
- Malta, D. C.; Cezário, A. C.; Moura, L.; Morais Neto, O. L.; Silva Júnior, J. B. (2006). Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 15, 47-64.
- Martins, G.A., & Theóphilo, C.R. (2007). *Metodologia de investigação científica para ciências sociais aplicadas*. São Paulo: Atlas.
- McLellan, K.C.P., Barbalho, S.M., Cattalini, M., & Lerario, A.C. (2007). Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. *Rev. Nutr.*, Campinas, 20(5), 515-524.

- Mendes, A.B.V., Moreira Jr., E.D., & Chacra, A.R.(2008). Evaluation of glycemic control in a population based sample of patients with diabetes in Brazil. In: *American Diabetes Association's Scientific Sessions*, 68. San Francisco, CA.
- Milstein-Moscatti, I., Persano, S., & Castro, L.L.C. (2000). Aspectos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica. In L.L.C. Castro (org.). *Fundamentos de farmacoepidemiologia*. São Paulo: AG Editora, pp. 171-179.
- Moliner, P. & Gutermann, M. (2004). Dynamique des descriptions et des explication das une representation sociale. *Papers on Social Representations*, 13(2), 1-12.
- Moliner, P. (2001). Formation et stabilisation des representations sociales. In P. Moliner (Ed.), *La dynamique des representations sociales* (pp. 15-41). Grenoble : PUG.
- Morales, D.Q., & Pérez, A.V. (2007). Comparación de factores vinculados a la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo ii entre una muestra urbana y otra rural de Costa Rica. *Univ. Psychol.*, 6(3), 679-688.
- Morisk D.E., Green, L.W., & Levine, D.M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 24(1), 67-73.
- Moscovici, S. (1961/1976). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: PUF.
- Moscovici, S. (1981). On social representation. In J. P. Forgas (Ed.). *Social Cognition* (pp. 181-209). London: European Association of Experimental Social Psychology/ Academic Press.
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise* (A. Cabral, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Moscovici, S. (2003). O fenômeno das representações sociais. In S. Moscovici (Org.). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. (pp. 29-109). Petrópolis: Vozes.

- Moutinho, K., Roazzi, A. & Gouveia, E.L. (2001). Amamentação e desmame precoce. *Pediatria Moderna*, 37 (8), 394-398.
- Myers, L., & Midence, K. (1998). *Adherence to Treatment in Medical Conditions*. Taylor & Francis.
- Narciso, A.M.S., & Paulilo, M.A.S. (2001). Adesão e AIDS: alguns fatores intervenientes. *Serv Soc Rev Londrina*. 4(1), 27-43.
- Nascimento de Ó, D., & Loureiro, I. (2007). Adesão ao regime terapêutico da diabetes. *Revista Portuguesa de Diabetes*. 2, 18-21.
- Nery, M., & Oliveira, S.F. (2007). As complicações macrovasculares e seus fatores de risco. Recuperado em 4 abril, 2009, de <http://www.diabetesebook.org.br/modulo2>.
- Oliveira, D.C. (2011). A Teoria de Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In Almeida AMO, Santos MFS, Trindade ZA, organizadores. *Teoria das representações sociais: 50 anos*. Brasília: Technopolitik, pp. 585-623.
- Oliveira, A. & Amâncio, L. (2005). A análise fatorial de correspondências no estudo das representações sociais – As representações sociais da morte e do suicídio na adolescência. In: A.S.P. Moreira, B.V. Camargo, J.C. Jesuíno & S.M. Nóbrega (Orgs.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais* (pp. 323-362). João Pessoa: Ed. Universitária.
- Oliveira, A., & Amaral, V. (2007). A análise factorial de correspondências na investigação em psicologia: Uma aplicação ao estudo das representações sociais do suicídio adolescente. *Análise Psicológica*. 2 (XXV), 271-293.
- Oliveira, J.E.P., & Lerario, A.C (2008). Visão geral dos antidiabéticos orais tradicionais: secretagogos, inibidores da alfa-glicosidase e sensibilizadores de insulina. Recuperado em 4 abril, 2009, de <http://www.diabetesebook.org.br/modulo4>.

- Oliveira, K.C.S. , & Zanetti, M.L. (2011). Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. *Rev Esc Enferm* . 45 (4), 862-868.
- Organização Mundial da Saúde. (2003). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*.
- Organização Pan Americana da Saúde. (2003). *Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável atividade física e saúde*.
- Organização Pan Americana da Saúde. (2007). *Saúde na Américas*. Publicação Científica e Técnica No. 622. Volume I- Regional.
- Osterberg, L., & Blasche, T. (2005). Adherence to medication. *N Engl J Med*. 353 (5), 487-497.
- Pace, A.E.; Nunes, P.D., & Ochoa-Vigo, K. (2003). O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. *Rev Latinoamericana de Enfermagem*. São Paulo, 11(3), 312-319.
- Pádua, E. M. M. (2000). *Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática*. 6.ed. São Paulo: Papyrus.
- Parisi, C. (2011). A síndrome do pé diabético e aspectos práticos e fisiopatologia. In E-book *Complicações do diabetes e principais co-morbidades*. Sociedade Brasileira de Diabetes. Recuperado em 19 de dezembro de 2011 de <http://www.diabetesebook.org.br/modulo-2/15-a-sindrome-do-pe-diabetico-e-aspectos-praticos-e-fisiopatologia>
- Peres, D.S.; Franco, L.J., & Santos, M.A. (2008). Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. *Rev. Saúde Pública*, 40(2), 310-317.
- Peres, D.S., Santos, M.A., Zanetti, M.L., & Ferronato, A. (2007). Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 15(6), 1105-1112.

- Pimazoni Netto, A., Wajchenberg, B.L., Eliaschewitz, F.G., Tambascia, M.A., Gomes, M.B., Lyra, R., & Cavalcanti, S. (2008). Novas diretrizes da SBD para o controle glicêmico do diabetes tipo 2 – Posicionamento Oficial SBD 2007 N° 4. Recuperado em 4 abril, 2009, de <http://www.diabetesebook.org.br/modulo4>.
- Pitta, G.B.B., Castro, A.A., Soares, A.M.M.N., Maciel, C.J.J., Silva, J.D.M., Muniz, V.M.T., & Asmar, S.B. (2005). Perfil dos pacientes portadores de pé diabético atendidos no Hospital Escola José Carneiro e na Unidade de Emergência Armando Lages. *J. Vasc. Bras.* 4(1), 5-10.
- Price, H.C., Coleman, R.L., Stevens, R.J., & Holman, R.R. (2009). Impact of using a non-diabetes-specific risk calculator on eligibility for statin therapy in type 2 diabetes. *Diabetologia*, 52(3), 394-397.
- Reinert, M. (1998). *Alceste: Analyse de données textuelles*. Manuel d'utilisateur. Toulouse: Image.
- Reiners, A.A.O., Azevedo, R.C.S., Vieira, M.A. & Arruda, A.L.G. (2008) Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup 2), 2299-2306.
- Reis, O.M., Bachion, M.M., & Nakatani, A.Y.K. (2005). Preparo de médicos para o atendimento a diabéticos no Programa Saúde da Família e suas percepções sobre as dificuldades de adesão ao tratamento. *Acta Sci. Health Sci.* 27(2), 119-129.
- Rezende, K.F., Nunes, M. A. P., Melo, N.H., M., D., Chacra, A.R., & Ferraz, M.B. (2008). Internações por pé diabético: comparação entre o custo direto estimado e o desembolso do SUS. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 52(3), 523-530.
- Ribas, C.R.P., Santos, M.A., Teixeira, C.R.S., & Zanetti. (2009). Expectativas de mulheres com diabetes em Relação a um programa de educação em saúde. *Rev. enferm. UERJ*. 17(2):203-208.
- Richardson, R. J.; Peres, J. A. S.; Wanderley, J. C. V; Correia, L. M. & Peres, M. H. M. (2008). Pesquisa Social: métodos e técnicas. (3a ed.) São Paulo: Atlas.

- Rodrigues, A., Assmar, E. M. L., & Jablonski, B. (2002). *Psicologia social*. (24ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Rouquette, M.L. (1995). Remarques sur le statut ontologique des représentations sociales. *Papers on Social Representations*, 4, 79-83.
- Rouquette, M.L. (1998). Representações e práticas sociais. In A. S. P. Moreira & D. C. de Oliveira. (Orgs.), *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp. 39-46). Goiânia: AB.
- Rummler, G., & Spínola, A.W. (2005). Tendências temático-profissionais da pesquisa brasileira com representações sociais em Saúde. *O Mundo da Saúde*, 29 (2), 129-134.
- Sá, C. P. de. (1996). *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (1994). *Metología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Santos, A.F.L. & Araújo, J.W.G. (2011). Prática alimentar e diabetes: desafios para a vigilância em saúde *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília*, 20(2), 255-263.
- Santos, M.A., Alves, R.C.P., Pinheiro, V.A.O., Ribas, C.R.P., Teixeira, C.R.S., & Zanetti, M.L. (2011). Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 45(3), 651-658.
- Santos, I.C.R.V., Carvalho, E.F., Souza, W.V., Medeiros, M.C.W.C., Nóbrega, M.G.L., & Lima, P.M.S. (2008). Complicações crônicas dos diabéticos tipo 2 atendidos nas Unidades de Saúde da Família, Recife, Pernambuco, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil*. 8(4), 427-433.
- Sartorelli, D. S., & Franco, L. J. (2003). Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Caderno de Saúde Pública*. 19 (1), 29-36.

- Schmid, H., Neumann, C., & Brugnara, L. (2003). O diabetes melito e a desnervação dos membros inferiores: a visão do diabetólogo. *J Vasc Br*, 2(1), 37-48.
- Schmidt, M.I., Duncan, B.B., Silva, G.A., Menezes, A.M., Monteiro, C. A., Barreto, S.M., Chor, D., & Menezes, P.R. (2011). Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*, 377, 1949-1961.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41.
- Scheffel, R.S., Bortolanza, D., Weber, C.S., Da Costa, L.A., Canani, L.H., Santos, K.G., Crispim, D., Roisenberg, I., Lisboa, H.R.K., Três, G.S., Tschiedel, B., & Gross, J.L. (2004). Prevalência de complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes melito do tipo 2 em atendimento ambulatorial. *Rev Assoc Med Bras*, 50, 263-267.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J. & Cardoso, H. (2006). Adesão ao tratamento do *diabetes mellitus*: A importância das características demográficas e clínicas. *Revista Referência*. 2, 33-41.
- Silva, S.E.D., Padilha, M.I., Rodrigues, I.L.A., Vasconcelos, E.V., Santos, L.M.S., Souza, R.F., Conceição, V.M. (2010). Meu corpo dependente: representações sociais de pacientes diabéticos. *Rev Bras Enferm*, 63(3), 404-9.
- Sjoberg, S.; Kim, K., & Reicks, M. (2004). Applying the theory of planned behavior to fruit and vegetable consumption by older adults. *Journal of Nutrition for the Elderly*, 23(4), 35-46.
- Sociedade Brasileira de Diabetes. (2000). Diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2.
- Sociedade Brasileira de Diabetes. (2006). Atualização Brasileira sobre Diabetes.
- Sociedade Brasileira de Diabetes. (2008). Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus: diretrizes da SBD.

- Stroebe, W., & Stroebe, M. S. (1995). Detreminantes do comportamento de saúde: uma análise a nível de psicologia social. In W. Stroebe & M. Stroebe (Orgs.) *Psicologia social e saúde* (pp.31-71). Lisboa: Instituto Piaget.
- Tavares, D.M.S., Rodrigues, F.R., Silva, C.G.C., & Miranzi, S.S.C. (2007). Caracterização de idosos diabéticos atendidos na atenção secundária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (5), 1341-52.
- Tambascia, M.A. (2011). Visão geral dos antidiabéticos orais tradicionais: secretagogos, inibidores da alfa-glicosidase e sensibilizadores de insulina. In E-book *Tratamento do diabetes: abordagens farmacológicas*. Sociedade Brasileira de Diabetes. Recuperado em 19 de dezembro de 2011 de <http://www.diabetesebook.org.br/modulo-4/31-visao-geral-dos-antidiabeticos-orais-tradicionais-secretagogos-inibidores-da-alfa-glicosidase-e-sensibilizadores-de-insulina>
- Tibaldi, J. (2008). Intensifying treatment in poorly controlled type 2 diabetes mellitus: case reports. *American Journal of Medicine*, 121(6), 30-34.
- Torres-López, T.M., Sandoval-Dias, M., & Pando-Moreno, M. (2005). "Sangre y azúcar": representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. *Cad. Saúde Pública*, 21(1), 101-110.
- Torres, H.C., Pace, A.E., & Stradioto, M.A. (2010). Análise sociodemográfica e clínica de indivíduos com diabetes tipo 2 e sua relação com o auto cuidado. *Cogitare Enferm.* 15(1):48-54.
- Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J.G., Valle, T.T., Hämäläinen, H., & Ilanne-Parikka, P. (2001). Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle among Subjects with Impaired Glucose Tolerance. *N Engl J Med*, 344 (18), 1343-1350.
- Vala, J. A Análise de Conteúdo. In: A.S. Silva; J. M. Pinto (Orgs.). *Metodologia das Ciências Sociais*. 12 ed. Porto: Edições Afrontamento, 2003. p. 101-128.

- Velloso, L., & Pimanozi Netto, A. (2008). Fisiologia e fisiopatologia das células beta: implicações clínicas e terapêuticas. Recuperado em 4 abril, 2009, de <http://www.diabetesebook.org.br/modulo1>.
- Veloz, M. C. T., Nascimento-Schulze, C. M., & Camargo, B. V. (1999). Representações sociais do envelhecimento. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 12 (2), 479-501.
- Vergès, P.; Tyszka, T., & Vergès, P. (1994). Noyau central, saillance et propriétés.
- Vieira, C.M., Cordeiro, S.N., Magdaleno Junior, R., & Turato, E.R. (2011). Significados da dieta e mudanças de hábitos para portadores de doenças metabólicas crônicas: uma revisão. *Ciênc. saúde coletiva*. 16 (7): 3161-3168.
- Vitolins, M.Z., Rand, C.S., Rapp, S.R., Ribisl, P.M., & Sevicik, M.A. (2000). Measuring adherence to behavioral and medical interventions. *Controlled Clinical Trials*, 21(5), 188-194.
- Xavier, A.T.F., Bittar, D.B., & Ataíde, M.B.C. (2009). Crenças no autocuidado em diabetes: implicações para a prática. *Texto Contexto Enferm* 18(1): 124-30.
- Xu, Y., Toobert, D., Savage, C., Pan, W., & Whitmer, K. (2008). Factors influencing diabetes self-management in Chinese people with type 2 Diabetes. *Res Nurs Health*. 31(6), 613-25.
- Wachelke, J.F.R., & Camargo, B.V. (2007). Representações sociais, representações individuais e comportamento. *Revista Interamericana de Psicología*, 41, 379-390.
- Wagner, W. (1998). Sócio-gênese e características das representações sociais. In A. S. P. Moreira & D. C. de Oliveira. (Orgs.). *Estudos interdisciplinares de representações sociais*. (pp. 3-25). Goiânia: AB.
- White, K.M., Terry, D.J., Troup, C., & Rempel, L.A. (2007). Behavioral, normative and control beliefs underlying low-fat dietary and regular physical activity behaviors for adults diagnosed with type 2 diabetes and/or cardiovascular disease. *Psychology Health & Medicine*, 12(4), 485-494.

- Wicker, A. (1969). Attitudes versus actions: the relationship of verbal and overt behavioural responses to attitudes. *Journal of Social Issues*, 25, 41-78.
- Wong, M., Gucciardi, E., & Grace, S. L. (2005). Gender and nutrition management in type 2 diabetes. *J. Diet Pract Res*. 66 (4), 215-220.
- World Health Organization (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action.
- World Health Organization (2011). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization.
- Zach, P.L. (2011). Nefropatia no paciente diabético. (2011). In E-book *Complicações do diabetes e principais co-morbidades*. Sociedade Brasileira de Diabetes. Recuperado em 19 de dezembro de 2011 de <http://www.diabetesebook.org.br/modulo-2/49-nefropatia-no-paciente-diabetico>
- Zagury, L., Zagury, R.L., & Oliveira, R.A. (2011). Diagnóstico do diabetes. In E-book *Diabetes na prática clínica*. Sociedade Brasileira de Diabetes. Recuperado em 19 de dezembro de 2011 de <http://www.diabetesebook.org.br/modulo-1/73-diagnostico-do-diabetes>.
- Zanetti, M.Z., Otero, L.M., Freitas, M.C.F., Santos, M.A., Guimarães, F.P.M., Couri, C.E.L., Péres, D.S., Ferronato, A.A., Dal Sasso, K., & Barbieri, A.S. (2006). Atendimento ao paciente diabético utilizando o protocolo *staged diabetes management*: relato de experiência. *RBPS*, 19 (4), 253-260.

GLOSSÁRIO⁸

Cetoacidose: complicação aguda do diabetes e potencialmente letal, com índices de mortalidade entre 5 e 15%. Estima-se que 50% dos casos possam ser evitados com medidas simples de atenção. Os principais fatores precipitantes são: infecção, omissão da aplicação de insulina, abuso alimentar, uso de medicações hiperglicemiantes e outras intercorrências graves – como AVC, infarto ou trauma.

Colesterol total: nível de gordura transportado no sangue pelas lipoproteínas de baixa e alta densidade.

Colesterol HDL: lipoproteínas de alta densidade transportadas pelo colesterol entre as células periféricas e fígado.

Dislipidemia: significa que altos níveis de gorduras estão circulando no seu sangue. Essas gorduras incluem colesterol e triglicérides. Causada quando se ingere uma dieta rica em colesterol e gorduras, quando o organismo produz colesterol e triglicérides demais ou ambas as situações.

Epidemia: é a ocorrência em uma comunidade ou região de casos de natureza semelhante, claramente excessiva em relação ao esperado. Uma alteração, espacial e cronologicamente delimitada, do estado de saúde-doença de uma população, caracterizada por uma elevação inesperada e descontrolada dos coeficientes de incidência de determinada doença, ultrapassando valores do limiar epidêmico preestabelecido para aquela circunstância e doença.

Esquema terapêutico: tratamento empregado para controlar o diabetes. Fazem parte do esquema: dieta, atividade física, antidiabéticos, insulina.

⁸ Fontes:

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). (2002). Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações. *Rede Interagencial de Informações para a Saúde*. Brasília. 299p.

Brasil. Ministério da Saúde. (2006). Diabetes Mellitus. In: *Cadernos de Atenção Básica. Normas e Manuais Técnicos. 16* (Série A). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília. 64 p.

Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). (2008). Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus: diretrizes da SBD.

Fator de risco: é o fator que afeta (positivamente ou negativamente) a probabilidade de um indivíduo exposto e sob risco (livre de doença) vir a desenvolver a doença. Os fatores de risco para o diabetes são: hipertensão, alcoolismo, tabagismo, dislipidemia, obesidade, sedentarismo, estresse.

Glicemia de jejum: nível de glicose sangüínea após um jejum de 8 a 12 horas.

Glicemia casual: tomada sem padronização do tempo desde a última refeição.

Glicemia plasmática: refere-se à concentração de glicose no sangue no período pós-absortivo de jejum noturno.

Hemoglobina glicada: também conhecida como glicohemoglobina e pelas siglas A1C e HbA1C, é um teste utilizado para avaliar o controle glicêmico de médio prazo. Reflete os níveis médios de glicemia ocorridos nos últimos 2 a 3 meses.

Hipoglicemia: diminuição dos níveis glicêmicos – com ou sem sintomas – para valores abaixo de 60 a 70 mg/dL. Geralmente essa queda leva a sintomas neuroglicopênicos (fome, tontura, fraqueza, dor de cabeça, confusão, coma, convulsão) e a manifestações de liberação do sistema simpático (sudorese, taquicardia, apreensão, tremor).

Incidência: medida de frequência de doença. Mede quantas pessoas tornaram-se doentes, ou prediz o risco de que um indivíduo saudável venha a desenvolver a doença em um período de tempo.

Indicadores de saúde: são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer.

Insulina: trata-se um hormônio, que atinge a corrente sanguínea, alterando estados metabólicos de muitas células do organismo. Os principais efeitos da insulina são: aumentar a tomada de glicose pelos tecidos periféricos, como músculos e tecido adiposo, e interromper a biossíntese de glicose pelos hepatócitos (gliconeogênese).

Morbidade: é a variável característica das comunidades de seres vivos, refere-se ao conjunto dos indivíduos que adquirem doenças (ou determinadas doenças) num dado intervalo de tempo em uma determinada população. A morbidade mostra o comportamento das doenças e dos agravos à saúde na população.

Mortalidade: é a variável característica das comunidades de seres vivos; refere-se ao conjunto dos indivíduos que morreram num dado intervalo do tempo. Representa o risco ou probabilidade que qualquer pessoa na população apresenta de poder vir a morrer ou de morrer em decorrência de uma determinada doença.

Nefropatia diabética: Constitui-se por alterações nos vasos dos rins, fazendo com que haja a perda de proteína na urina. É uma situação em que o órgão pode reduzir sua função lentamente, porém de forma progressiva, até a paralisação total. Contudo, esse quadro é controlável e existem exames para detectar o problema ainda no início.

Neuropatia diabética: conjunto de síndromes clínicas que afetam o sistema nervoso periférico sensitivo, motor e autonômico, de forma isolada ou difusa, nos segmentos proximal ou distal, de instalação aguda ou crônica, de caráter reversível ou irreversível, manifestando-se silenciosamente ou com quadros sintomáticos dramáticos. A forma mais comum é a neuropatia simétrica sensitivomotora distal. Pode se manifestar por sensação de queimação, choques, agulhadas, formigamentos, dor a estímulos não-dolorosos, câimbras, fraqueza ou alteração de percepção da temperatura, pode ser em repouso, com exacerbação à noite e melhora com movimentos.

Prevalência: medida de frequência de ocorrência de doença. Determina a proporção de indivíduos que tem a doença em um determinado momento de tempo.

Retinopatia diabética: caracterizada por alterações vasculares. São lesões que aparecem na retina, podendo causar pequenos sangramentos e, como consequência, a perda da acuidade visual. Considerada uma das mais frequentes complicações crônicas do diabetes, junto com a Catarata.

Síndrome hiperosmolar : estado de hiperglicemia grave (> 600 a 800 mg/ dL), desidratação e alteração do estado mental – na ausência de cetose.

Síndrome metabólica: é caracterizada pela associação de fatores de risco para as doenças cardiovasculares (ataques cardíacos e derrames cerebrais), vasculares periféricas e diabetes. Tem como base a resistência à ação da insulina, o que obriga o pâncreas a produzir mais esse hormônio.

Triglicerídeos: lipoproteínas que transportam a gordura no sangue. Os triglicerídeos são moléculas de colesterol.

APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

- 1) Idade: _____ 2) Sexo: _____
- 3) Escolaridade: _____ 4) Renda familiar: _____
- 5) Profissão/trabalho: _____
- 6) Tempo de tratamento: _____
- 7) Como e quando descobriu ser diabético?
- 8) O que é diabetes para você?
- 9) Onde aprendeu sobre diabetes e com quem?
- 10) Como é o tratamento? Como você faz?
- 11) Quais as vantagens e desvantagens de seguir o tratamento?
- 12) Possui alguma facilidade ou dificuldade para tratar o seu diabetes?
- 13) Possui alguma estratégia para controlar o seu diabetes?

APÊNDICE B

O Laboratório de Psicologia da Comunicação (LACCOS) da UFSC deseja conhecer o que o(a) senhor(a) pensa sobre o diabetes e sobre o tratamento. Essa pesquisa tem como objetivo investigar o conhecimento de pessoas que vivem com o diabetes sobre essa doença, e como é feito o tratamento.

Diante disto, o(a) senhor(a) pode colaborar muito conosco, respondendo a esse questionário. Não há resposta certa ou errada, tudo o que o(a) senhor(a) achar que deve ser dito sobre o assunto é importante para mim. Fique a vontade para dizer o que pensa.

Antes de começarmos, eu tenho aqui o TCLE que por questões éticas deve ser preenchido pelo senhor, me autorizando a utilizar as suas respostas apenas e exclusivamente para fins de pesquisa.

(Apresenta o TCLE, lê para a pessoa, aguarda o aceite da mesma, pega a assinatura)

Participante nº: _____

Agora vamos começar.

Eu vou fazer algumas perguntas sobre o uso de medicação e o(a) senhor(a) vai me responder.

(Ler a primeira pergunta e dar a opção de Sim ou Não. As demais perguntas aguardar a resposta do entrevistado)

1) ESCALA DE ADESÃO AO TRATAMENTO DE MORISKY-GREEN-LEVINE

	SIM	NÃO
O(a) senhor(a), às vezes, esquece de tomar seus remédios?		
O(a) senhor(a) é descuidado(a) com a hora de tomar seus remédios?		
Quando o(a) senhor(a) se sente bem, o(a) senhor(a) às vezes para de tomar os seus remédios?		
Algumas vezes se o(a) senhor(a) se sente mal quando toma o remédio, o(a) senhor(a) pára de tomar?		

Eu vou fazer perguntas sobre o diabetes e o tratamento. Lembre-se de que não há respostas “certas” ou “erradas”. Estou interessado em sua opinião.

2) Em poucas palavras me diga o que é diabetes para o (a) senhor (a)?
[A questão será gravada e posteriormente transcrita]

3) Na sua opinião é fácil tratar o seu diabetes? (*Aguardar a resposta do entrevistado*)

☐ Sim ☐ Não

Caso tenha respondido não, Vou ler para o(a) senhor(a) algumas razões que dificultam seguir o seu tratamento e o(a) senhor(a) vai escolher qual a mais difícil. Podem existir várias razões, mas escolha a mais importante para o(a) senhor(a).

4) Quais as dificuldades que o (a) senhor (a) encontra para tratar o seu diabetes? (*marcar uma resposta somente*).

☐ substituir o açúcar

☐ mudar o hábito alimentar (comer mais frutas e verduras e menos frituras e massas)

☐ realizar alguma atividade física

☐ tomar diariamente os medicamentos indicados pelo médico

☐ conseguir consulta com o médico no posto de saúde

5) Na sua opinião seguir o tratamento para o diabetes tem vantagens?

☐ Sim ☐ Não

(Se respondeu afirmativamente) Quais? [A questão será gravada e posteriormente transcrita]

6) O (a) senhor(a) costuma praticar exercícios físicos?

☐ Sim ☐ Não

*(Se respondeu afirmativamente, perguntar a frequência)
(marcar apenas uma resposta).*

☐ todos os dias ☐ 1 ou 2 vezes por semana

☐ 3 vezes por semana ☐ a cada 15 dias ou mais

Agora vou fazer umas perguntas sobre como é tratamento que o(a) senhor(a) faz para o seu diabetes.

Vou ler algumas afirmações e o(a) senhor(a) deve me indicar se é desse jeito que cuida do seu diabetes.

7) Como o (a) senhor (a) cuida do seu diabetes? *(ler pausadamente cada resposta e aguarda a resposta do entrevistado. Pode marcar mais de uma resposta).*

☐ come alimentos autorizados pelo médico

☐ caminha sempre que possível

☐ vai ao médico uma vez ao mês

☐ toma diariamente todos os remédios indicados pelo médico

☐ toma chás caseiros

☐ faz exames de vez em quando

☐ outras.

Especifique: _____

☐ não faz nada para cuidar do seu diabetes

8) Faz quanto tempo que o (a) senhor(a) foi numa consulta para saber do seu diabetes? _____ *(anotar a resposta dada pelo entrevistado e depois assinala a opção correspondente) Marcar apenas uma resposta.*

☐ menos de 1 mês

☐ entre 1 e 6 meses

☐ entre 7 e 12 meses

☐ mais de 1 ano e menos de 2 anos

☐ mais de 2 anos

☐ não vou a consultas

A pergunta a seguir é para conhecer o que sua família pensa sobre o tratamento do seu diabetes.

Vou ler para o(a) senhor(a) algumas frases sobre a maneira como sua família acha que o(a) senhor(a) deve fazer o tratamento para o diabetes. O(a) senhor(a) vai escolher uma somente ainda que possam existir mais de uma resposta. Mas escolha a mais importante para o(a) senhor(a).

9) Como sua família acha que o (a) senhor (a) deve tratar o seu diabetes?
(ler pausadamente cada resposta, aguardar a opção do entrevistado, e marcar uma resposta somente)

☐ sua família acha que o(a) senhor(a) deve consultar o médico pelo menos uma vez ao ano para avaliar o seu diabetes

☐ deve substituir o açúcar por adoçante

☐ deve fazer caminhadas sempre que possível

☐ não deve se preocupar porque tem saúde

☐ deve tomar os remédios que o seu médico prescreveu.

☐ deve ir ao médico todo mês, independente de ter o diabetes controlado.

☐ outros.

Especifique: _____

Vou ler algumas afirmações sobre a adesão ao tratamento do diabetes. Lembre-se de que não há respostas “certas” ou “erradas”. Estou interessado em sua opinião.

10) Para o (a) senhor (a) uma pessoa que **adere** ao tratamento do diabetes necessariamente tem que:

(ler cada afirmação pausadamente e pode marcar mais de uma resposta)

☐ usar a medicação indicada pelo médico

☐ tomar chá caseiro

☐ diminuir o açúcar na alimentação

☐ fazer atividade física pelo menos três vezes na semana

☐ outros:

Especifique: _____

Vamos continuar mais um pouco.

Agora quero saber do(a) senhor(a) o que pode causar o diabetes.

11) Em sua opinião, qual a causa do diabetes:

(Ler pausadamente cada resposta e aguardar a escolha do entrevistado. Marcar apenas uma resposta)

- ☐ Raiva
- ☐ Obesidade
- ☐ Susto
- ☐ Má alimentação
- ☐ Hereditariedade
- ☐ Outro: _____

Estamos terminando essa parte, mas ainda teremos mais perguntas para o(a) senhor(a) sobre seu tratamento.

12) As informações que o (a) senhor (a) tem sobre o diabetes foram obtidas de que forma?

(Ler cada resposta e aguardar o entrevistado apontar como sendo uma das formas. Pode marcar mais de uma resposta).

Jornais ☐ Televisão ☐ Revistas ☐ Folhetos informativos ☐
Escola ☐ Família ☐ Amigos ☐ Médicos e outros profissionais de saúde ☐ Outra maneira. ☐

Especifique-a _____

Agora vamos passar para outra série de perguntas.

13) ESCALA PARA MEDIR ATITUDE FRENTE AO TRATAMENTO DO DIABETES EM PESSOAS QUE VIVEM COM O DM TIPO 2

As perguntas neste questionário fazem uso de escala de classificação com 5 lugares, o(a) senhor(a) deve indicar o número que melhor descreve a sua opinião.

Por exemplo:

Se o(a) senhor(a) acha fácil marcar uma consulta para qualquer médico no posto de saúde, então indique como resposta o número 5, como segue:

1	2	3	4	5
DIFÍCIL				FÁCIL

Se o(a) senhor(a) acha difícil marcar uma consulta para qualquer médico no posto de saúde, então indique como resposta o número 1, como segue:

1	2	3	4	5
DIFÍCIL				FÁCIL

Se o(a) senhor(a) acha que não é fácil e nem difícil marcar uma consulta para qualquer médico no posto de saúde, então indique como resposta o número 3, como segue:

1	2	3	4	5
DIFÍCIL				FÁCIL

** Todos os itens devem ser respondidos.*

** Para cada item assinalar somente uma resposta. Circular ou marcar um X no número*

Agora vamos começar.

Por favor, responda cada uma das seguintes questões indicando o número que melhor descreve a sua opinião. Algumas das perguntas podem parecer semelhantes, mas elas são questões um pouco diferentes.

Por favor, dedique mais alguns minutos para nos dizer o que pensa sobre o seu tratamento para o diabetes. Não há respostas certas ou erradas, estamos apenas interessados em suas opiniões pessoais.

1) Ter que cuidar da sua alimentação para controlar o seu diabetes é

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
RUIM				BOM

2) De um modo geral, quando o seu médico fala para diminuir o açúcar o(a) senhor(a)

1 2 3 4 5

NÃO ME IMPORTO ME IMPORTO

NADA MUITO

3) O(a) senhor(a) pretende tomar diariamente os remédios para controlar o seu diabetes

1	2	3	4	5
FALSO			VERDADEIRO	

4) Ter que realizar exercícios físicos para controlar o seu diabetes é

1	2	3	4	5
RUIM				BOM

5) De um modo geral, o seu médico espera que o(a) senhor(a) tome diariamente os seus remédios para controlar o seu diabetes

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
FALSO				VERDADEIRO

6) De um modo geral, o(a) senhor(a) acha que poderia realizar exercícios físicos para controlar o seu diabetes

1	2	3	4	5
NÃO, ACHO QUE NÃO PODERIA				SIM, ACHO QUE PODERIA

7) Para o(a) senhor(a), ter que tomar remédios diariamente para controlar o seu diabetes é

1	2	3	4	5
RUIM				BOM

8) Quando o seu diabetes está descontrolado, seu médico acredita que o(a) senhor(a) não está tomando os remédios corretamente

1 **2** **3** **4** **5**
PENSO QUE NÃO **PENSO QUE SIM**

9) Seguir o tratamento para o diabetes é muito difícil, pois o(a) senhor(a) necessita mudar a sua comida

[illegible]

10) De um modo geral, sua família espera que o(a) senhor(a) faça exercício físico como forma de controlar o seu diabetes

1 **2** **3** **4** **5**
PENSO QUE NÃO **PENSO QUE SIM**

Já estamos caminhando para o final da nossa conversa. Vou fazer mais questões para serem respondidas.

11) Caminhar um pouco todos os dias ajuda a manter o seu diabetes controlado

1	2	3	4	5
FALSO				VERDADEIRO

12) A maioria das pessoas que são importantes para o(a) senhor(a), acha que o(a) senhor(a) deveria tomar os remédios diariamente para controlar o seu diabetes

[illegible]

13) De um modo geral, deixar de comer doces é muito difícil

[illegible]

14) O(a) senhor(a) pretende seguir a dieta que o seu médico indicou para controlar o seu diabetes

1 **2** **3** **4** **5**
É IMPOSSÍVEL **É POSSÍVEL**

15) De um modo geral, tomar os remédios para o diabetes só depende do(a) o(a) senhor(a)

1 2 3 4 5

DISCORDO CONCORDO

16) De um modo geral, sua família espera que o(a) senhor(a) coma alimentos que auxiliem no controle do seu diabetes

1 **2** **3** **4** **5**
ACHO QUE NÃO **ACHO QUE SIM**

17) O(a) senhor(a) vai tentar fazer caminhada três vezes por semana.

$\frac{1}{2}$ $\frac{3}{4}$ $\frac{5}{5}$
 É IMPOSSÍVEL É POSSÍVEL

18) Diminuir o açúcar para controlar o seu diabetes é

1 **2** **3** **4** **5**

DIFÍCIL FÁCIL

19) De um modo geral, as pessoas importantes para o(a) senhor(a) acreditam que é fácil fazer algum exercício físico para controlar o seu diabetes

1 2 3 4 5
PENSO QUE NÃO PENSO QUE SIM

26) De um modo geral, são os remédios indicados pelo médico que controlam o seu diabetes

1	2	3	4	5
FALSO				VERDADEIRO

27) De um modo geral, as pessoas importantes para o(a) senhor(a) acreditam que é possível deixar de comer doçura para controlar o seu diabetes

1	2	3	4	5
FALSO				VERDADEIRO

28) De um modo geral, as pessoas importantes para o(a) senhor(a) acreditam que só depende do(a) senhor(a) realizar algum exercício físico para controlar o seu diabetes

1 **2** **3** **4** **5**
ACHO QUE NÃO **ACHO QUE SIM**

29) De um modo geral, mudar sua comida para controlar seu diabetes é

DIFÍCIL **FÁCIL**

30) De um modo geral, o(a) senhor(a) não consegue tomar o remédio corretamente para controlar o seu diabetes

1	2	3	4	5
FALSO			VERDADEIRO	

Terminando, vou fazer as últimas perguntas.

14) Idade: _____

15) Sexo: () Masculino () Feminino

16) Escolaridade: _____

(anota a resposta e depois assinala a resposta correspondente)

- ☐ Não sabe ler/escrever
- ☐ Alfabetizado
- ☐ Fundamental incompleto
- ☐ Fundamental Completo
- ☐ Médio Incompleto
- ☐ Médio Completo

17) Estado Civil:

- ☐ Solteiro ☐ Casado/União Estável ☐ Separado/Divorciado
- ☐ Viúvo

18) Situação familiar

- ☐ Convive com companheiro(a) e filho(s)
- ☐ Convive com companheira(o) com laços conjugais e sem filhos
- ☐ Convive com companheiro(a), filhos e/ou outros familiares
- ☐ Convive com familiares, sem companheiro(a)
- ☐ Convive com outra(s), sem laços consangüíneos e/ou laços
- ☐ Vive só

19) O(a) senhor(a) se considera pertencer a qual raça? _____

(anota e depois assinala a resposta correspondente)

- ☐ Negro ☐ Pardo ☐ Branco ☐ Amarelo

20) Dados sócio-econômicos:

a) Números de pessoas que residem na sua casa: _____

b) Possui casa: ☐ Própria ☐ Alugada

c) Possui carro: ☐ Sim ☐ Não

d) Renda total das pessoas que moram na sua casa (renda familiar)?

_____ *(anota o valor em R\$ e depois assinala a resposta correspondente)*

- ☐ até 2 salários mínimos ☐ de 2 até 4 salários mínimos
- ☐ de 4 até 8 salários mínimos ☐ mais de 8 salários mínimos

21) Ocupação:

- ☐ mercado formal (carteira assinada)
- ☐ mercado informal
- ☐ aposentado (a)
- ☐ do lar

Agora as perguntas sobre sua situação clínica.

22) Dados Clínicos:

Seu Peso; _____ Kg Sua Altura: _____ m IMC _____

Circunferência Abdominal: _____ cm

Há quanto tempo sabe que tem diabetes: _____ (*anotar em anos*)

Às vezes, junto com o diabetes as pessoas costumam apresentar outras doenças. Vou ler algumas e o(a) senhor(a) vai me dizer se tem ou não.

23) Doenças Concomitantes (co-morbididades): (*ler cada uma e aguardar a resposta antes de passar para a outra*)

Hipertensão () Sim () Não

Colesterol/Triglicerídeos Altos () Sim () Não

Depressão (em uso de medicamento antidepressivo)

() Sim () Não

Histórico pessoal de Infarto ou derrame () Sim () Não

Muitas pessoas que tem o diabetes já desenvolveram algumas doenças, as chamadas complicações causadas pelo diabetes. Vou ler algumas e o(a) senhor(a) vai me dizer se tem ou não.

24) Complicações crônicas causadas pelo diabetes: (*ler cada uma e aguardar a resposta antes de passar para a outra*)

Retinopatia – problema de visão () Sim () Não

Neuropatia – doença nos nervos () Sim () Não

Pé diabético () Sim () Não

Nefropatia – problema nos rins () Sim () Não

Cardiopatia – problema no coração () Sim () Não

Estamos chegando ao fim do nosso questionário.

Agora me diga, sobre o seu lazer,

25) **O que o(a) senhor(a) costuma fazer para se divertir, para passar o seu tempo.**

[A questão será gravada e posteriormente transcrita]

Muito obrigado pela sua participação!

Dados prontuário (preenchido pelo pesquisador)

Data da aplicação: ____/____/____

Número:_____ Gravação:_____

Entrevistador:

APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA**

Prezado(a) Senhor(a):

Vimos, através desta, convidá-lo a participar da pesquisa intitulada **“Representações sociais do diabetes mellitus tipo 2 e atitudes frente ao tratamento para pessoas que vivem com esta condição crônica”**, a qual tem por objetivo avaliar a influência das representações sociais e da atitude frente ao tratamento no processo de adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 2 (DM 2).

Sua participação consiste em responder a uma entrevista com roteiro pré-estabelecido e a um questionário para medir intenção comportamental de seguir dieta alimentar e realizar atividade física. Acredita-se que este estudo identificará, através dos instrumentos escolhidos para coleta de informações e análise dos dados, os fatores que podem interferir no processo de adesão ao tratamento. Espera-se que os resultados desta pesquisa apontem para todos os envolvidos com o tratamento do DM 2, o papel central que os sistemas de saúde desempenham ao fazer funcionar tanto as já conhecidas, como as novas intervenções.

A participação é voluntária. Caso você aceite a participação solicitamos a permissão para que possamos utilizar os dados coletados, sendo que apenas os pesquisadores terão acesso direto às informações relatadas. Dessa forma, sua identificação será omitida na divulgação dos resultados deste. Informamos, também, que a qualquer momento você poderá desistir da participação da mesma. Se você tiver alguma dúvida ou necessidade de algum esclarecimento sobre o trabalho que será

realizado, entre em contato com o Laboratório de Psicologia Social, da Comunicação e Cognição (LACCOS) (Fone: 048. 3721.9067).

_____(SC), ____/____/____.

Prof^ª. Giovana Delvan Stuhler / Prof. Dr. Brigido V. Camargo
Pesquisadores Responsáveis

Eu,

Sr(a).....

..... considero-me informado(a) sobre a pesquisa **“Representações sociais do diabetes mellitus tipo 2 e atitudes frente ao tratamento para pessoas que vivem com esta condição crônica”**, realizada pelo grupo de pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia/Doutorado e autorizo minha participação, consentindo que a entrevista e o questionário sejam aplicados e utilizados para a coleta e análise de dados.

_____(SC), ____/____/____.

Assinatura do Participante

Prof^ª. Giovana Delvan Stuhler / Prof. Dr. Brigido V. Camargo
Pesquisadores Responsáveis

ANEXO A: Definição do número de participantes por ESF, baseado no SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA – SIAB (Busca Ativa para Diabetes – Município: Itajaí)

Seg	Local	Eq	DM	% total	participantes	H A	H N A	M A	M N A
2	Fazenda 1	20	83	3,122649	4,996237773	1	1	1	1
2	Fazenda 2	27	116	4,364184	6,982693755	2	2	2	2
2	Fazenda 3	31	104	3,912716	6,260346125	2	2	2	2
4	Praia Brava	11	68	2,558315	4,093303236	1	1	1	1
6	Cidade Nova/promorar 2	2	65	2,445448	3,912716328	1	1	1	1
6	Cidade Nova/promorar 1	1	72	2,708804	4,334085779	1	1	1	1
6	Cidade Nova/promorar 3	3	94	3,536494	5,658389767	2	1	1	1
6	Cidade Nova/promorar 4	17	61	2,294959	3,671933785	1	1	2	1
6	Cidade Nova/CAIC	29	66	2,48307	3,972911964	1	1	1	1
7	Rio Bonito 1	6	73	2,746426	4,394281415	1	1	1	1
7	Rio Bonito 2	7	50	1,881114	3,009781791	1	0	1	1
7	Rio Bonito 3	8	89	3,348382	5,357411588	2	1	2	1
7	Rio Bonito 4	30	38	1,429646	2,287434161	1	1	1	0
8	Dom Bosco 1	9	107	4,025583	6,440933032	2	2	2	2
8	Dom Bosco 2	10	83	3,122649	4,996237773	1	1	1	1

8	Dom Bosco 3	18	92	3,461249	5,537998495	1	1	1	1
11	Imarui	12	95	3,574116	5,718585403	1	2	1	2
11	imarui 2	13	61	2,294959	3,671933785	1	1	1	1
12	Votorantim	22	111	4,176072	6,681715576	2	2	2	2
12	Votorantim 2	28	119	4,47705	7,163280662	2	2	2	2
12	Cordeiros	33	117	4,401806	7,042889391	1	1	1	1
12	Cordeiros 2	34	125	4,702784	7,524454477	2	2	2	2
12	Jardim Esperança	4	83	3,122649	4,996237773	1	1	1	1
12	Jardim Esperança 2	5	90	3,386005	5,417607223	1	1	1	1
12	Jardim Esperança 3	25	82	3,085026	4,936042137	1	1	1	1
12	Murta	23	56	2,106847	3,370955606	1	1	1	1
13	Salseiros	19	43	1,617758	0,58841234	1	0	0	1
14	Espinheiros	14	90	3,386005	5,417607223	1	1	1	1
14	Espinheiros 2	32	75	2,82167	4,514672686	1	1	1	1
15	Brilhante	24	38	1,429646	2,287434161	1	1	1	1
15	Limoeiro	21	44	1,65538	2,648607976	1	1	1	1
15	Itaipava	15	80	3,009782	4,815650865	2	1	1	1
15	Itaipava 2	16	88	3,31076	5,297215952	1	1	1	2
			2658			42	38	40	40